

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/148484>

Please be advised that this information was generated on 2017-12-05 and may be subject to change.

9019

verpleeghuizen en hun bewoners



m.f.h.g. wimmers



verpleeghuizen en hun bewoners

een methodische benadering van de bewoners,
beoordeeld op medische en gedragsaspecten

m.f.h.g. wimmers

VERPLEEGHUIZEN en hun BEWONERS

Een methodische benadering van de bewoners
beoordeeld op medische en gedragsaspecten

P R O E F S C H R I F T

TER VERKRIJGING VAN DE GRAAD VAN DOCTOR
IN DE SOCIALE WETENSCHAPPEN
AAN DE KATHOLIEKE UNIVERSITEIT TE NIJMEGEN, OP GEZAG VAN
DE RECTOR MAGNIFICUS PROF.DR. A.J.H. VENDRIK,
VOLGENS BESLUIT VAN HET COLLEGE VAN DECANEN
IN HET OPENBAAR TE VERDEDIGEN
OP VRIJDAG 30 JANUARI 1976
DES NAMIDDAGS TE 2 UUR PRECIES

door

MICHIEL FRANCISCUS HUBERTUS GERARD WIMMERS
geboren te Valkenburg (L)

Druk: Universitair Rekencentrum
Nijmegen

Dit boek draag ik op aan: Mária - Ilona
Iris
Tibor
Mijn Ouders

Inhoudsopgave

1.	Irleiding ; het veld van onderzoek	3
2.	Ontstaan van het verpleeghuis	7
2.1.	Historische schets van de gezondheidszorg	7
2.2.	Ontwikkeling van het verpleeghuis voor somatisch zieken	11
2.3.	Ontwikkeling van het verpleeghuis voor psychisch gestoorde bejaarden .	15
3.	Literatuur over het verpleeghuis en zijn bewoners	19
3.1.	Het verpleeghuis , zijn taak en begrenzing (1961)	19
3.2.	Advies Verpleegtehuizen (1966)	24
3.3.	Advies Verpleegtehuizen (1972)	29
3.4.	Het gesloten circuit (1972)	32
3.5.	Psychiatrische patienten in het verpleegtehuis voor chronisch zieken	38
3.6.	Diagnostiek en klassifikatie van de geestelijk gestoorde bejaarde	40
3.7.	Poliklinische somato-psychosociale gedragstoornissen bij oudere mensen	43
3.8.	Gestoord Menselijk Functioneren (Leering, 1970)	44
3.9.	Het verpleeghuis in 1964 en 1970 (Munnichs, 1967 ; Wimmers, 1974)	48
3.9.1.	Kenmerken van verpleegtehuizen 1964 - 1970	49
3.9.2.	Kenmerken van verpleegtehuizen 1970	51
3.9.3.	Kenmerken van bewoners	53
3.9.4.	Kenmerken van exbewoners	57
4.	Vraagstelling	59
5.	Werkwijze	65
5.1.	Het onderzoeksmateriaal	65
5.2.	Steekproefbeschrijving	67
5.3.	De procedure	72

7.	Omvang en bestemming van verpleeghuizen	87
7.1.	De omvang van het verpleeghuis	87
7.2.	De bestemming van het verpleeghuis	91
7.3.	De afdeling van het verpleeghuis	96
8.	Struktuur van de bewonerskenmerken	102
8.1.	De funktiegestoordheid van de bewoners	103
8.2.	Psychische gestoordheid en de relatie met andere bewonerskenmerken ...	106
8.3.	Multivariate structuur van funktiestoornissen	108
8.4.	Schaalbaarheid van funktiestoornissen en behandelingsbehoefte	116
9.	De Beoordelingsschaal voor Oudere Patientten (BOP)	128
9.1.	Toetsing van de BOP	129
9.2.	De frekwenties van de BOP	130
9.3.	Discriminant analyse somatisch zieken - psychisch gestoorden	132
9.4.	Multivariate structuur van de BOP	134
9.5.	Gedragsbeoordelingen over tijd	139
10.	Typologie van bewoners	143
10.1.	Typologie van bewoners afkomstig uit 7 verpleeghuizen	145
10.2.	Typologie van bewoners afkomstig uit Heremaler Hof	155
10.3.	Typologie van bewoners afkomstig uit het Algemeen Verpleeghuis Enschede	161
11.	De ex-bewoners	169
11.1.	Overzicht aard van de verplaatsing	170
11.2.	Aard van de verplaatsing en achtergrondkenmerken	170
11.3.	Differentiatie en klassifikatie van ex-bewoners en blijvers	172
12.	Diskussie	180
13.	Samenvatting	182
	Summary	186
	Bijlagen	190
	Geraadpleegde literatuur	212

Hoofdstuk1. Inleiding ; Het veld van onderzoek.

Terwille van de inzichtelijkheid zullen we de structuur van het onderzoek aan de hand van de volgende 7 punten uiteenzetten :

- 1- Waarover ; Eerst zullen we het objekt van studie aangeven . Dit valt in twee onderdelen uiteen , te weten : a) het "voorlopig erkende" verpleeghuis en b) de bewoners 1) daarvan.
- 2- Wanneer ; Bij deze studie zullen we gebruik maken van materiaal dat in de jaren 1964 en 1970 is verzameld. Bovendien verzamelden we aanvullende informatie in 1974.
- 3- Waar ; Het onderzoek is verricht in 1964 in alle "voorlopig erkende" verpleeghuizen in Nederland , exclusief de enkele verpleeghuizen bestemd voor de verpleging van psychisch gestoorde bejaarden.
In 1970 in alle "voorlopig erkende" verpleeghuizen in Nederland.
In 1974 in een 8-tal verpleeghuizen , namelijk die waaraan een psycholoog verbonden is.
- 4- Waarom ; De afgelopen 10 jaar heeft het verpleeghuiswezen zich op een stormachtige manier ontwikkeld. Daarbij werd veel aandacht besteed aan de bouw

- 1) Wij verkiezen te spreken over "bewoners" in plaats van over "patienten" om de volgende 3 redenen:
 - a- ter vermijding van de stigmatiserende werking van het woord "patient" ; ook buiten de gezondheidszorgsinstellingen zijn er wellicht nog veel mensen die niet "patient" heten en toch ziek zijn (darknummer).
 - b- daarnaast heeft het woord "patient" de bijbetekenis gekregen van de "mindere" in de verhouding arts patient. Recente democratiseringstendenzen hebben deze wanverhouding kritisch aan de kaak gesteld.
 - c- de humanistische psychologie biedt overtuigende theoretische argumenten om in

van nieuwe verpleeghuizen en de verbouwing of modernisering van bestaande. Ook werd veel tijd besteed aan de samenstelling van de verpleeghuisstaf en aan de discussie over de vraag of er gespecialiseerde verpleeghuizen zouden moeten zijn (bv. voor somatisch zieken of psychisch gestoorde, of voor chronisch en niet-chronisch zieken). Nog meer tijd en energie werd gebruikt voor een juiste plaatsbepaling en taakafbakening van het verpleeghuis ten opzichte van andere institutionele voorzieningen voor de hulpbehoevende mens. Slechts incidenteel werd aandacht besteed aan de verpleeghuisbewoner zelf. In ons maatschappelijk bestel worden, zeker de laatste decennia, de oudere mensen ("bejaarden") veelvuldig als een homogene groep opgevat. Dit geldt zeker ook voor de verpleeghuisbewoner, die immers in verreweg de meeste gevallen tot de hoogste leeftijdskategorie behoort. Daartegenover staat de wetenschappelijke opvatting dat de onderlinge verschillen tussen personen, met het stijgen van de leeftijd eerder toenemen dan afnemen (Baltes en Schaie, 1968, 1970).

- 5- Wat ; Met betrekking tot het verpleeghuis hebben we allereerst nagegaan hoe het zich heeft ontwikkeld binnen de geïnstitutionaliseerde gezondheidszorg tot 1964 ; vervolgens hebben we meer uitgebreid de ontwikkeling onderzocht tussen de beide onderzoeksjaren 1964 en 1970 omtrent funktiebepaling, taakafbakening, personele en materiele outillage. Met betrekking tot de bewoners hebben we gezocht naar enerzijds een structuur binnen de komplekse materie van funktiestoornissen, aandoeningen (met andere woorden, welke relaties bestaan er tussen de verschillende ziektebeelden en hun manifestaties) ; anderzijds hebben we getracht een structuur te vinden tussen bewoners (met andere woorden is het mogelijk om bewoners op grond van aandoeningen, funktiestoornissen en gedrag te klassificeren). Bovendien bestudeerden we in 1974 de ontwikkeling van de bewoners van de bovengenoemde 8 tehuizen over een periode van drie maanden. Van de drie onderzoeksjaren is tenslotte de groep ontslagen en overleden bewoners aan een nader onderzoek onderworpen.

6- Waartoe ; Met deze studie hebben we geprobeerd een bijdrage te leveren tot een meer bewonergericht beleid. We zijn ons er echter van bewust dat dit pas goed mogelijk is op basis van uitgebreider , longitudinaal onderzoek (meer dan een meting bij dezelfde bewoner met hetzelfde meetinstrument over tijd). We hopen echter dat het onderhavige onderzoek daartoe een aanzet biedt. Daarnaast zijn we van oordeel dat onze resultaten wellicht een handvat bieden voor een meer doordachte toepassing van therapieën en hantering van een plaatsingspolitiek. Tenslotte hebben we geprobeerd een lans te breken voor een meer verbreid gebruik van de Beoordelingsschaal voor Oudere Patientten , enerzijds omdat het instrument voldoende is getoetst en bruikbaar bleek , anderzijds omdat het instrument als zodanig perspectieven biedt voor een meer op de bewoner gericht beleid.

7- Welke manier ; De toegepaste werkwijze kunnen we in de volgende punten nader uiteenzetten :

a-Als eerste punt gaan we na wat de historische ontwikkeling van het verpleeghuis is geweest ; dit vanuit de historie van de gezondheidszorg in Nederland in het algemeen (hoofdstuk 2).

b-Vervolgens hebben we meer recente literatuur bestudeerd en geselecteerd (hoofdstuk 3). De weergegeven literatuur is naar haar herkomst in drie hoofdgroepen te verdelen : 1- de visie van beleidsinstanties , overheid en niet-overheid , 2 de mening van werkers in het veld , 3 eerder verricht onderzoek.

c-De probleemstelling wordt gekonkretiseerd in een aantal vraagstellingen (hoofdstuk 4). Kort weergegeven :

1-Wat is de bestemming van het verpleeghuis en welke zijn de karakteristieken van zijn bewoners?

2-Welke veranderingen hebben in de periode 1964-1970 in de verpleeghuiswereld plaats gevonden?

3-Is er een structuur te vinden binnen de funktiestoornissen , aandoeningen en reaktiveerbaarheid enerzijds en het gedrag anderzijds en welke relaties bestaan hiertussen?

4-Is het mogelijk de ontwikkeling van een bewoner ten aanzien van zijn gedrag over een bepaalde tijdsperiode te meten en te verklaren?

5-Zijn bewoners te typeren , en dus te klassificeren , op basis van funktiestoornissen , aandoeningen , reaktiveerbaarheid en gedrag?

6-Welke bewoners worden ontslagen en welke overlijden? Is dit ontslag of overlijden te voorspellen?

d- De technische aanpak van de verschillende vraagstellingen (hoofdstuk 5) omvat :

1- materiaalbeschrijving (de manier van dataverwerking)

2- de steekproefbeschrijving (welke bewoners)

3- de procedurebeschrijving(de gekozen analysetechnieken).

e- Vervolgens worden in de afzonderlijke hoofdstukken (6 t/m 11) de analyseresultaten met betrekking tot de verschillende vraagstellingen weergegeven.

f- Tenslotte volgt een korte discussie en samenvatting.

Hoofdstuk 2 : Ontstaan van het verpleeghuis .

Inleiding.

In dit hoofdstuk zullen we allereerst een korte schets geven van de ontwikkeling van de gezondheidszorg in het algemeen , in het kader waarvan we dan het ontstaan van het verpleeghuis zullen proberen te plaatsen. In de loop van de laatste decennia is er sprake geweest van een differentiatie tussen de verpleging van somatisch zieken en die van psychisch gestoorde bejaarden. We zullen de recente ontwikkeling van beide richtingen dan ook gescheiden behandelen .

Een dergelijke historische schets lijkt zinvol , aangezien verschillende aspecten van de ontwikkeling , zoals we zullen zien , tot op heden het karakter van het verpleeghuis mede bepalen. Hierbij zullen we ons zoveel mogelijk aan de oorspronkelijke bronnen houden. Meestal blijkt uit de tekst zelf dat het een aanhaling betreft. Het gebruik van aanhalingstekens wordt alleen gehanteerd daar waar verwarring mogelijk is.

2.1. Historische schets van de gezondheidszorg.

In deze paragraaf zijn voornamelijk Querido (1974) en Smulders (1974) geraadpleegd. Meestal is dit letterlijk overgenomen en in een enkel geval is dit in verkorte vorm met eigen woorden gebeurd.

De belangrijkste algemene tendens die in de afgelopen eeuwen met betrekking tot de gezondheidszorg valt te signaleren , is die van een verschuiving van armenzorg naar ziekenzorg in de medische zin . Armenzorg impliceerde de verzorging van mensen die in allerlei opzicht behoeftig waren en dus niet (alleen) een lichamelijke of geestelijke kwaal hadden . Lichamelijk of geestelijk ziek zijn was in die tijd sterk geassocieerd met armoede . De vorm

van deze armenzorg beperkte zich in oorsprong tot het bieden van onderdak en voeding ; gerichte therapie stamt uit later tijden (eind vorige eeuw) (Querido, 1974).

"In de Middeleeuwen werd de ziekenzorg voornamelijk uit Christelijke instellingen ontwikkeld, en gedeeltelijk door Universitaire bemoeienis gestimuleerd. Deze ziekenverzorging werd de grondslag van het gasthuis- en het verpleeghuiswezen. Dit feit heeft het karakter van die gezondheidszorg tot op de dag van vandaag beïnvloed , in die zin dat de verpleging en verzorging van de zieke mens als een charitatieve zaak werd (wordt) opgevat , in plaats van als een plicht. De implicaties van een dergelijke visie zijn niet eenduidig positief : ze versterkt ons inziens de ontvangende , dus afhankelijke, rol van de patient en staat een gezonde kommunikatie tussen de patient en zijn verzorgers in de weg.

Nog laat in de 19de eeuw vond deze charitatieve instelling een bevestiging in de oprichting van het Witte Kruis in 1875 , dat de moedervereniging zou worden ook van de latere religieus georiënteerde kruisverenigingen (Smulders, 1974). Deze stap wordt door Smulders opgevat als een religieus charitatieve bedeling in de tijd dat de gezondheidszorg steeds meer een recht ging worden.

De meest opmerkelijke gebeurtenis - met een dramatische afloop - op het terrein van de gezondheidspolitiek, vlak na de Eerste Wereldoorlog, was een poging om de groeiende maatschappelijke en openbare gezondheidszorg een aangepaste structuur te geven. Op 22 november 1920 diende minister Aalberse bij de tweede kamer een wetsontwerp in tot instelling van districtengezondheidsdiensten. Aan het wetsontwerp liggen de volgende punten ten grondslag: 1. het in het leven roepen van gezondheidsdiensten voor alle gemeenten, 2. het losmaken van de organisatie van de gemeentegrenzen, 3. de bewerking van eenheid , zodat alle behartiging van gezondheidsbelangen in een hand komen. Het wetsontwerp werd echter op economische gronden (de financiële economische crisis in de 30-er jaren) in 1933 ingetrokken. Na 1933 kreeg het partikulier initiatief, verbonden met het

kerkelijk georganiseerde maatschappelijk leven van die dagen , een geweldige stimulans.

Maar hoeveel ons land ook te danken heeft aan deze bewogen explosie van partikuliere gezondheidsverenigingen en gemeentelijke gezondheidsdiensten, de schaduw-zijde was dat van eenheid van onderzoek, eenheid van presentatie in de hulpverlening, die Aalberse bij zijn wetsontwerp voor ogen stond niets meer overbleef. Juist een volledige versnippering van dienstverlening kwam nu tot stand. In plaats van schaalvergroting en regionalisering ontstond een sterke lokalisering binnen de gemeentegrenzen. Omstreeks 1930 richtten enkele provincies , indachtig de aan de provincie toegewezen taak zorg te dragen voor de verpleging van geesteszieken , een Provinciaal Psychiatrisch Ziekenhuis op (aanvankelijk nog "gesticht" geheten). Een groot aantal variëteiten van ziekenhuizen, psychiatrische inrichtingen en andere verpleeginrichtingen kwam toen tot stand, waarbij gewezen moet worden op het nooit aflatend initiatief van partikuliere zijde. In 1934 verenigden zich vele organisaties, lichamen en instellingen op het terrein van de zorg voor de geestelijke volksgezondheid in DE NATIONALE FEDERATIE voor de GEESTELIJKE VOLKSGEZONDHEID. Na de Tweede Wereldoorlog werd de behoefte aan koördinatie duidelijk , en werden door de wijziging van de gezondheidswet in 1956 de CENTRALE RAAD en de PROVINCIALE RADEN voor de VOLKSGEZONDHEID ingesteld als overleg- en coördinatie-organen tussen de partikuliere gezondheidsorganisaties en de overheid. (Smulders, 1974)

Werden de patienten in de middeleeuwse gasthuizen hoofdzakelijk op sociale indikatie opgenomen , in de nu ontstane ziekenhuizen gebeurt dit uitsluitend op medische indikatie. Waar moesten de mensen heen , die wel verzorging behoefden, maar geen medisch-specialistische hulp? Voor hen was geen plaats meer binnen de ziekenhuizen van na de Tweede Wereldoorlog. De gemiddelde leeftijd van de bewoners der gasthuizen , die hun oude functie behielden , werd steeds hoger. Zo ontstonden onze huidige bejaardenhuizen.

In verband met de verpleeginrichtingen voelde men omstreeks 1940 ook behoefte aan ordening, waarbij de gedachten in de richting van een vergunningenstelsel voor bouw en beheer gingen, nauw verbonden aan de functie voor een in te stellen verpleeginrichtingenraad. In deze tijd was met name de evolutie op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg indrukwekkend. Naast de toepassing van nieuwe geneesmiddelen en nieuwe methoden in de medische sfeer werd het interdisciplinair werken met de deskundigen op sociaal wetenschappelijk terrein tot ontwikkeling gebracht. De psychiatrische inrichtingen ontwikkelden zich meer en meer tot psychiatrische ziekenhuizen met klinische centra waarbij grote nadruk lag op open verbindingen met de maatschappij. In 1947 verschoof naar aanleiding van een rapport van de Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid, de verantwoordelijkheid van het krankzinnigenwezen van het Ministerie voor Binnenlandse Zaken naar het Ministerie voor Sociale Zaken. (Volksgezondheidsnota, 1966). Duidelijk is dat de geestelijke gezondheidszorg bij de laatst genoemde instantie meer en betere aandacht gaat krijgen dan voorheen het geval was.

Met ingang van 1-10-1961 werd de verpleging in erkende verpleeghuizen gedeeltelijk opgenomen onder de verstrekkingen van het ziekenfonds, met als gevolg nieuwbouw en uitbreiding van verpleeghuizen. Dit was indertijd de voornaamste stimulans tot kwaliteitsverbetering van het verpleeghuis (Schouten, 1967).

Op 7 februari 1963 werd te Rotterdam een algemene ledenvergadering van de Katholieke Vereniging van Verpleegtehuizen (K.V.V.) gehouden, die in paragraaf 2 nader zal worden besproken. Hierin werd o.a. een voorstel tot wijziging van de statuten op de navolgende punten aanvaard: a) vervanging van het woord verpleeghuis door verpleegtehuis, b) wijziging van de begripsomschrijving van het verpleegtehuis, c) openstelling van de mogelijkheid tot sectievorming binnen de vereniging. (Centraal bureau voor het katholieke ziekenhuiswezen, 1963).

Het jaar 1966 zal de geschiedenis van het ziekenhuiswezen in Nederland ingaan

als het jaar, waarin de samenwerking van de nationale organisaties haar bekroning vond in de totstand koming van de STICHTING NATIONALE ZIEKENHUISRAAD. Deze Raad dient gezien te worden als een overkoepelend "beleidsorgaan", waarvan het secretariaat gevoerd zal worden door de gezamenlijke bureaus: a) het bureau van de Stichting "Het Nederlandse Ziekenhuiswezen" en b) "het Centraal Bureau voor het Katholiek Ziekenhuiswezen". (Centraal bureau voor het katholieke ziekenhuiswezen, 1966).

In het jaarverslag van 1966 kon minder concreet gesproken worden over de oprichting van een NATIONAAL ZIEKENHUIS INSTITUUT als een technisch orgaan ten dienste van het beleid op o.m. medisch, verpleegkundig, economisch en bouwkundig terrein. In de structuur van het ziekenhuiswezen speelt uiteraard de evoluerende opvatting op het punt van de CONFESSIEALITEIT door. Te signaleren valt ook het toenemende aantal gevallen, dat congregaties hun eigendom respectievelijk het beheer van ziekeninrichtingen wensen over te dragen aan lekenbesturen.

2.2. Ontwikkeling van het verpleeghuis voor somatisch zieken.

In 1943 werd in Drachten het "Verpleegtehuis Bertilla" geopend voor de verpleging van chronisch zieke patienten. Daarmee is Bertilla het oudste verpleeghuis in Friesland (Phaff, 1969). Daarna is het aantal verpleeghuizen in Nederland snel toegenomen. In het rapport "Verpleegtehuizen in Gelderland, 1970" worden een aantal factoren genoemd waardoor het verpleeghuiswezen gestimuleerd is:

- a- het stijgen van de gemiddelde leeftijd
- b- de versterkte nadruk op het recht op medische verzorging
- c- de ontwikkeling van de medische wetenschap en techniek
- d- de ontwikkeling van de ziekenhuizen
- e- versterkte aandacht van medische zijde voor de geriatrische patient
- f- maatschappelijke verhoudingen, o.a. gezinsverdunding en mede daardoor

nationale huisvestingsmoeilijkheden

-g- vergoeding van verpleegkosten op grond van de A.W.B.Z.

Michels (in Santema, 1970) noemt eveneens een aantal factoren die een sterke behoefte hebben doen ontstaan aan inrichtingen voor het opvangen van chronisch zieken en invaliden:

- het aantal chronische patienten neemt de laatste jaren toe
- de geneeskunde is in staat vele kinderen die te vroeg geboren worden of aangeboren afwijkingen hebben in leven te houden
- komplicerende infecties kunnen nu met succes worden bestreden, evenals urinewegeninfecties en pneumonie bij chronisch zieken
- de moderne geneeskunde weet vele verkeersslachtoffers door de acute fase heen te helpen ; daarna is vaak langdurige verpleging nodig
- de chirurgie is tot grote ingrepen in staat.De in opkomst zijnde transplantatiemogelijkheden zullen ongetwijfeld in de beginfase nog vele slechts gedeeltelijk geholpen patienten opleveren
- de veroudering van de bevolking brengt vele patienten met degeneratieve ziekten met zich
- de geneeskunde weet talrijke ziekteprocessen te vertragen of tot stilstand te brengen, zonder echter de patient te genezen.Vooral de lange duur van vele ziekten is er de oorzaak van,dat deze patienten in hun eigen milieu moeilijk opgevangen kunnen worden

Naast bovengenoemde argumenten kunnen we ook nog de volgende stimulansen voor het verpleeghuis onderscheiden.

1) Door het baanbrekend werk van Schreuder (1955, 1969) en de studies van van Zonneveld (1954, 1961) evenals door de resultaten van de geriatrische hulpverlening in Engeland (Munnichs en Leering,1967) en in Zweden (Leering en Munnichs ,1970) werd ook nu in Nederland de medische belangstelling gewekt voor de zieke oudere mens.

2) De opleiding van het lagere personeel (onder supervisie van een verpleegster), verkreeg in 1963 bij de Wet met betrekking tot de ziekenverzorg(st)ers een officiële status.

3) De belangrijkste bijdrage tot de ontwikkeling van het verpleeghuiswezen noemt Koster (1972) het feit , dat in 1961 de verpleging in verpleeghuizen gedeeltelijk werd opgenomen in het ziekenfondspakket en in 1968 geheel in de A.W.B.Z.

In 1953 werd de Federatie van Verpleeginrichtingen voor Langdurig Zieken opgericht en in 1957 organiseerden de katholieke tehuizen zich in de Katholieke Vereniging van Verpleegtehuizen(K.V.V.).

Aan het jaarverslag van de K.V.V. (Centraal bureau voor het katholieke ziekenhuiswezen , 1964) ontleen we het volgende :

In 1955 werd reeds door het Bouwcentrum te Rotterdam een rapport uitgegeven "Huisvesting van bejaarden in verpleegtehuizen".Dit rapport bevatte algemene achtergronden zoals de aan het gebouw te stellen medische , verpleegkundige en huishoudelijke eisen , evenals een kostenraming.

De in 2.1. genoemde openstelling van de mogelijkheid tot sektievorming bij de K.V.V. heeft tot gevolg,dat binnen de vereniging achtereenvolgens de volgende sekties ontstaan:

De sectie Economen:op 27 november 1963.

De sectie Geneesheren:op 15 oktober 1964.

De sectie Hoofden van Verplegingsdienst: omdat beide eerstgenoemde sekties van betekenis bleken voor de beleidsvorming,besloot het bestuur eveneens tot oprichting van deze sectie op 21 oktober 1965.

Per 11 september 1964 wordt in een vergadering van bestuursleden van de K.V.V. en enkele leden van de Gerontologische Commissie van de Katholieke Vereniging van Bejaardentehuizen benevens een bestuursafvaardiging van de Federatie van Verpleeginrichtingen voor Langdurig Zieken besloten tot instelling van een

enquetekommissie , die tot taak kreeg naar het patientenbestand in verpleeghuizen een onderzoek te doen (laten uitvoeren). Hierdoor zou het mogelijk moeten zijn om een juiste taakafbakening van verpleegtehuizen en bejaardentehuizen te verkrijgen. Dit geschiedde in navolging van de Enquete in de Katholieke Bejaardentehuizen (Munnichs , 1964).

Op 17 juni 1964 stelde het comite van Gedelegeerden van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid een commissie in om aan de Raad pre-advies uit te brengen over de taak van het verpleeghuis en zijn plaats in het geheel van de gezondheidszorg. 1)

De commissie zal de volgende punten in haar beschouwingen betrekken:

- of verpleegtehuis-opname-indikatie gewenst en realiseerbaar is ;
- of differentiatie wenselijk is ;
- de vraag onder welke voorwaarden en op welke wijze het verpleegtehuis zijn taak medisch en verpleegkundig zo goed mogelijk kan vervullen;
- de vraag of het mogelijk is om de meest wenselijke omvang van het verpleegtehuis aan te geven op grond van medische factoren
- de vraag of een spreidingsplan voor verpleegtehuizen wenselijk of nodig geacht wordt.

Dit plan van de Centrale Raad leidt tot een eerste officiële nota van de overheid ; namelijk het " Advies Verpleeghuizen" van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid (1966). Dit advies wordt besproken in paragraaf 3.2.

Van grote betekenis was met name de provinciegewijze planning van de VERPLEEGTEHUISACCOMODATIE. De commissie moest hierbij uitgaan van een aantal normen, mede ontleend aan een rapport over de verpleegtehuizen van de Centrale

- 1) Hieruit blijkt dat de Centrale Overheid en het partikulier initiatief weliswaar het belang inzien van de problematiek rondom de ontstaanswijze en identiteit van het verpleeghuis ; maar onafhankelijk van elkaar naar een antwoord hebben gezocht.
- 2) Het is hier wellicht de plaats om op te merken dat deze normen geformuleerd waren op basis van de individuele ervaringen van een aantal deskundigen en niet op behoorlijk onderzoek. Het blijkt in de praktijk erg moeilijk een

raad voor de Volksgezondheid 2). Deze normen leiden tot aanzienlijke beperkingen in het aantal en de omvang van de in sommige regio's ingediende plannen. Regionale planning door overleg tussen de initiatiefnemers werd sterk gestimuleerd.

Voorts vond er overleg plaats tussen de Verpleeghuisorganisaties en de Geneeskundige Hoofdinspectie betreffende de afgrenzing van bejaarden- en ziekenverzorgersopleiding.

Het is begrijpelijk, dat de verpleeghuisorganisaties waakten voor een mogelijke devaluatie van het destijds onder hun auspiciën verkregen diploma. (Centraal bureau voor het katholieke ziekenhuiswezen, 1966).

Opgemerkt moet worden dat de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (ingevoerd op 1 april 1968) slechts geldt voor "voorlopig erkende" verpleeghuizen. Patientten die in een "niet-erkend" verpleeghuis lagen moesten zelf betalen (zodat ze veelal moesten terugvallen op de bijstandswet) en zij die toegang hadden tot een "erkend bed" vielen geheel onder de A.W.B.Z. en hoefden dus niet zelf te betalen (de Jong, 1968).

2.3. Ontwikkeling van het verpleeghuis voor psychisch gestoorde bejaarden.

Het verpleeghuis heeft zich in hoofdzaak ontwikkeld ten behoeve van de somatisch zieken (Michels, in Santema, 1970). De verpleeghuizen voor psychisch gestoorde bejaarden zijn aanzienlijk minder talrijk (35 versus 124 tehuizen voor somatisch zieken in 1970), en de bouw ervan is pas laat op gang gekomen. Tot en met de Tweede Wereldoorlog was er geen sprake van een afzonderlijke verpleging. De psychisch zwaar gestoorde bejaarden zowel als de oud geworden psychiatrische patientten verbleven in psychiatrische inrichtingen, de minder ernstige patientten woonden, gedwongen, thuis of in een bejaardentehuis. Zij die ook op somatisch gebied "voldoende" hulpbehoevend waren, werden opgenomen in verpleeghuizen of in een algemeen ziekenhuis.

Rond 1955 begon men van verschillende kanten een sterke behoefte te gevoelen aan een apart verpleeghuis voor psychisch gestoorde bejaarden. Een zeer belangrijke stimulans tot het ontstaan voor een aparte opvang van de psychisch gestoorde bejaarde is het verschijnen van de "Nota inzake de verpleging van psychisch gestoorde bejaarden en de behoefte aan bedden daarvoor" in maart 1962 van de toenmalige geneeskundige hoofdinspecteur voor de Geestelijke Volksgezondheid, Dr. P.J. Piebenga.

In de nota maakt Piebenga onderscheid tussen :

- de psychisch gestoorde (c.q. demente) bejaarden zonder ernstige sociale aanpassingsstoornissen, en
- de psychisch gestoorde (c.q. demente) bejaarden met ernstige sociale aanpassingsstoornissen.

De patienten behorende tot de eerste categorie dienden zijns inziens (evenals de chronisch zieke bejaarden) opgenomen en verpleegd te worden in een verpleegtehuis. Voor de patienten van de tweede categorie achtte hij speciale voorzieningen nodig.

Daarnaast zijn nog een aantal oorzaken voor het ontstaan van een apart verpleeghuis voor psychisch gestoorde bejaarden aan te geven :

- 1- het absolute aantal psychisch gestoorde bejaarden nam na de Tweede Wereldoorlog snel toe (de Mast, et al, 1972). Dit ten gevolge van een algemene veroudering van de bevolking ("vergrijzing").
- 2- in de kringen van de psychiatrische ziekenhuizen ervoer men de aanwezigheid van een groep bejaarde bewoners als te doorstroming-belemmerend. (Munnichs, 1967). Men zocht naar wegen om deze groep elders onder te brengen.
- 3- er was een sterk groeiende categorie bejaarden die te ernstig dement was voor het somatische verpleeghuis en te licht voor de psychiatrische inrichting (Fennis, 1966 en 1968), en die daardoor noodgedwongen thuis bleef wonen.
- 4- in het (somatische) verpleeghuis verbleven steeds meer patienten die door

hun psychische stoornissen specialistische behandeling vereisten , die dat verpleeghuis niet (altijd) (geheel) kon bieden. Hetzelfde geldt voor bejaardenoorden (Fennis, 1966 en 1968). De algemene ziekenhuizen hadden daarnaast te kampen met een beddentekort.

In 1948 rapporteerde de stichting voor maatschappelijk werk reeds over de situatie in Friesland, dat er veel gedwongen samenwoning was van licht- en zwaar gestoorden evenals van lichamelijk en geestelijk gehandicapten . Men maakte vervolgens een onderscheid in vier groepen: a) normale bejaarden , b) chronisch bedlegerigen, c) geestelijk onvolwaardigen, en d) sociaal onaangepasten. Er kwam een kommissie tot stand , die een passend tehuis zocht voor de derde groep om de psychiatrische ziekenhuizen te ontlasten.

Doel van de stichting die toen in het leven werd geroepen was:

- a-huisvesting en verzorging van geestelijk hulpbehoevenden,
- b-zorg voor bejaarden en bij uitzondering voor jongere volwassenen,
- c-selektie van voor- en nazorg door de psychiater,
- d-niet winst beogend.

De te bouwen instelling moest aan de volgende eisen voldoen:

- a-een zo nauw mogelijk kontakt van de verpleegden met de natuur,
- b-een kleine gemeenschap op zichzelf , maar toch een minimale afzondering van de maatschappij,
- c-alles begane grond,
- d-zoveel mogelijk handhaving van de zelfstandigheid der bejaarden,
- e-mogelijkheid tot uitbreiding,
- f-mogelijkheid tot eenvoudige arbeid, binnen- en buitenshuis, geen arbeidstherapie maar een aanbieden van bezigheid.

Deze ontwikkelingen leidden er toe dat in 1952 in Friesland , ondanks grote weerstanden , het initiatief werd genomen voor de bouw van het eerste verpleeghuis voor psychisch gestoorde bejaarden. Dit tehuis "Nieuw - Toutenburg" kwam in 1959 klaar.

Weliswaar is Nieuw - Toutenburg niet het eerste ons bekende verpleeghuis in deze soort. Aan de hand van cijfers van de Enquete Verpleeghuizen 1970 met betrekking tot het bouwjaar , vinden we als eerste verpleeghuis voor psychisch gestoorde bejaarden " De Haemstede" den Haag in 1956. We beschikken echter met betrekking tot Nieuw-Toutenburg over meer en betere informatie. Bovendien zijn bij de opzet van Nieuw-Toutenburg een aantal nieuwe inzichten verwerkt waarvan het interessant leek ze weer te geven.

Waar zijn de bewoners van Nieuw Toutenburg respectievelijk in 1959 en 1970 vandaan gekomen ?

	1959	1970
Afkomstig van :		
psychiatrische inrichtingen	59	13
algemeen ziekenhuis	10	23
verzorgings- en verpleeghuis	13	20
woning in de wijk	46	50

Bron : Remmerswaal, 1972.

Sindsdien is het aantal tehuizen in deze categorie gestadig toegenomen. In 1964 bedroeg dit reeds 15 (zie ook discussie over het onderzoek 1970) en in 1970 35.

Hoofdstuk 3: Literatuur over het verpleeghuis en zijn bewoners.

Inleiding.

Bij de beschrijving van de geraadpleegde literatuur maken we de volgende onderverdeling :

- a) Allereerst geven we het woord aan de beleidsorganisaties . Weergegeven zijn standpunten met betrekking tot de functie van het verpleeghuis , en de personele en materiele outillage. (paragraaf 3.1. tot en met 3.3) .
- b) Vervolgens zullen we enige hoofdthemas bespreken met betrekking tot het verpleeghuis en zijn bewoners , zoals die verwoord zijn door werkers in het veld. Hierbij hebben we zoveel mogelijk de historische volgorde gehandhaafd. Leering (1968) (paragraaf 3.8) hebben we echter na Miesen (1974) behandeld omdat deze studie een verdere uitdieping is van de eerste enquête 1964. (paragraaf 3.4 tot en met 3.7).
- c) Tenslotte besteden we uitgebreid aandacht aan de twee enquêtes , die in de jaren 1964 en 1970 in de verpleeghuizen zijn gehouden. Bij de behandeling per onderdeel hebben we ons zoveel mogelijk aan de historische volgorde gehouden. (paragraaf 3.9) .

3.1. Het rapport : Het verpleegtehuis , zijn taak en begrenzing (Federatie van Verpleeginrichtingen voor Langdurig Zieken ,1961).

Als eerste komt de Federatie van Verpleeginrichtingen voor Langdurig Zieken (1961) met een omschrijving van de taak en de functie van het verpleeghuis. Deze Federatie is een Protestants Christelijke Organisatie. In hoofdstuk 2 beschreven we reeds voor een deel de activiteiten van de Katholieke organisatie ; de K.V.V. Aan het rapport van de Federatie (1961) ontleen we het volgende :

De evolutie van de ziekenhuizen verliep van toevluchtsoord en verzorgingsinstelling van behoeftigen en veelal chronisch zieken naar een

genezingsinstituut voor hen, die behoefte hebben aan behandeling door een medische staf met een geakkumuleerde specialistische kennis en ervaring. Deze evolutie der ziekenhuizen vertoont een meer uitgesproken kwalitatieve ontwikkeling dan een kwantitatieve groei. Bij de institutionele opvang van bejaarden is de kwantitatieve groei daarentegen belangrijker geweest .

Er bestond namelijk een lakune in de ziekenverzorging , die opgevuld werd door het stichten van tehuizen, waarbij de volgende punten aan de orde kwamen :

1. welke mensen betreft het en hoe groot is hun aantal,
2. welke is de aard van het instituut waaraan behoefte is en wat voor naamsaanduiding verdient dat instituut dan te krijgen,
3. wanneer zal een mens moeten worden opgenomen in een dergelijk instituut(opname-indikatie),
4. welke ruimtelijke eisen moeten worden gesteld ,
5. welke medische apparatuur is nodig,
6. welke para-medische apparatuur is noodzakelijk,
7. de medische leiding,
8. de begrenzing van en de relatie met het algemeen ziekenhuis en de speciale klinieken,
9. de begrenzing en de relatie met het bejaardentehuis, zomede de eigen taak van het bejaardentehuis,
10. de verpleegkundige bezetting en de opleiding tot ziekenverzorgster,
11. economische facetten

In het rapport worden vervolgens de bovengenoemde punten nader uitgewerkt. Hieronder volgen een aantal letterlijke aanhalingen.

ad.1. Aard en omvang van de betreffende groep

De aard van de groep wordt niet bepaald door de ziekte op zichzelf ,noch door de duur daarvan , maar geheel door de aanpassing die bereikt kan worden aan de eisen van zelfverzorging van de patient. Een gebrek aan aanpassing komt tot uitdrukking in het begrip hulpbehoevendheid. Het gaat dus in feite om extreem

hulpbehoevende mensen.

Het lijkt de kommissie verstandig op grond van onderzoek van Schreuder (1955) en van van Zonneveld (1961) de behoefte in Nederland aan bedden te stellen op 2 promille van de totale bevolking.

De kommissie meent met nadruk te moeten wijzen op de zeer inadekwate wijze, waarop veel jonge tot zeer jonge patienten zijn gehuisvest temidden van bejaarden en op de zeer zware psychische overbelasting, die deze situatie voor hen kan inhouden.

Het is een algemeen geldende opvatting in Nederland scheiding te maken tussen instituten voor lichamelijk hulpbehoevenden en voor psychisch gestoorden. Het criterium voor dit onderscheid blijve: het al dan niet storend zijn voor het milieu 1).

ad.2. Aard en naamsaanduiding van het instituut.

De kommissie beveelt sterk aan het gebruik van de benaming "verpleegtehuis" voor inrichtingen die een hieronder omschreven taak en functie in de gezondheidszorg innemen. Het scheppen van een tehuis sfeer is een dwingende eis zonder meer!

ad.3. Indikatiestelling tot opname in het verpleegtehuis.

De indikatie hulpbehoevendheid is een min of meer absolute indikatie tot opname, daar waar de patient dag en nacht deskundige verpleging behoeft; meestal echter zal de indikatie relatief zijn en afhankelijk van de milieu-omstandigheden van de patient. Deze indikatie geldt vanzelfsprekend eerder bij alleenwonenden dan bij hen die in gezinsverband leven.

1) Beek (1974) stelt dat in elke sociale structuur de geesteszieke als zodanig onderscheiden wordt van de lichamelijke zieke, maar niet van hem wordt gescheiden

Cahn (1971) zegt hierover o.a. het volgende: "Hoe ouder de mens wordt, des te inniger hangen psyche en soma samen. Op lichamelijke ziekten wordt ook psychisch gereageerd. Onze indeling somatisch-psychisch berust op een oud model, waarbij algemene ziekenhuizen tegenover psychiatrische inrichtingen gesteld worden als een soort antipoden. Jarenlang heeft een gescheiden ontwikkeling beide instellingen uiteen gedreven. Thans wordt dit weer betreurd. Maar desondanks dreigt toch weer een herhaling in de verpleegtehuiswereld".

(noot : Hoewel deze stelling op het eerste gezicht juist lijkt , moet men voorzichtig zijn met dergelijke, niet op gericht onderzoek gefundeerde uitspraken, die het gevaar in zich bergen als algemeen geldend opgevat te worden in plaats van als een grove generaliserende formulering).

Met het beperken van de indicatie tot opname in het verpleeghuis tot een niet verder revalideerbare hulpbehoevendheid, dus met een ontkenning van een primaire revaliderende taak van het verpleegtehuis, is de kommissie zich bewust dat deze mening tegengesteld is aan een zich snel verbreidende kontroverse.

Het verpleegtehuis is geen instituut voor onderzoek en behandeling op specialistisch niveau.

De leeftijd noch het geslacht noch de aard van de ziekte mag een negatieve invloed hebben op de opneming in het verpleegtehuis. Men late de generaties elkaar ruim ontmoeten, ook de verschillende seksen. Doch overigens brenge men jongeren t.a.v. de verpleging afzonderlijk onder.

ad.7. De medische leiding in het verpleegtehuis.

Hieronder vallen de volgende taken:

a) de behandeling van de patienten: d.w.z. 1- regelmatig kontakt, en periodiek geneeskundig onderzoek, 2- de opvang van spoedgevallen, 3- de behandeling van intercurrente ziekten, 4- het geven van leiding aan overige therapieliders (men vergeet niet, dat de heilgymnast- masseur en de bezigheidstherapeut instrumenten zijn in de hand van de medikus (sic! mw)), 5- patientenrevue en stafbespreking, 6- kontakt met specialisten, 7- korte spreekuren voor patienten, zodat ieder die dit wenst, de arts vertrouwelijk kan spreken.

b) beoordeling van de opname-aanvraag,

c) keuring van aan te nemen personeel,

d) behandeling van inwonend personeel,

e) algemeen medisch-hygienisch toezicht,

f) medische administratie,

g) het geven van leiding aan en de beoordeling van het laboratoriumwerk,

h) leiding van ziekenverplegers

i) algemeen leidinggevende taak.

Hoezeer ook overtuigd van de merites van de vrije-artsen-keuze in het algemeen, spreekt de commissie als haar stellige mening uit, dat het verpleegtehuis ten aanzien van de medische behandeling een "gesloten" karakter moet hebben.

ad.8. De begrenzing van het verpleegtehuis ten opzichte van het ziekenhuis.

De opname-indikatie is enerzijds gelegen in de hulpbehoevendheid en de voorwaarde van een elders reeds verkregen maximum aan validiteit, anderzijds ligt de begrenzing van het verpleegtehuis vast! Het baart de commissie zeer veel zorg, dat de ziekenhuizen in het algemeen ten aanzien van de bejaarden in hun taak tekort schieten. Zouden de ziekenhuizen in gebreke blijven met het formeren van geriatrische afdelingen dan wordt het gevaar groot, dat de verpleegtehuizen zich een taak gaan aanmeten waarvoor zij in feite functioneel niet bestemd en dus ook niet geschikt zijn. Men zou dan komen tot de konseptie van het zogenaamde "revaliderende verpleegtehuis".

ad.9. De begrenzing van het verpleegtehuis ten opzichte van het bejaardentehuis.

Het blijkt in de praktijk zeer dikwijls een probleem te zijn de licht hulpbehoevenden in een bejaardentehuis opgenomen te krijgen. Als regel wordt door medische selectie vooraf alles wat uitgesproken hulpbehoevend is geweerd.

Voor het verzorgingstehuis geldt als criterium voor opname de mate van hulpbehoevendheid van de verzorgenden ; namelijk een gedeeltelijke verzorgingsafhankelijkheid voor de vitale functies.

De commissie staat in principe afwijzend tegenover een ruimtelijke band tussen het verpleegtehuis en het verzorgingstehuis. Als argument geldt: de algemene verzorgingssfeer in het typische verzorgingstehuis zal nooit onder de druk mogen komen van de algemene hulpbehoevendheid, waardoor het verpleegtehuis nu eenmaal gekenmerkt wordt.

Als argument voor een eigen verpleegafdeling van een verzorgingstehuis geldt het bezwaar van overplaatsing van bejaarden naar het verpleeghuis (die in het algemeen door de bewoners zeer slecht wordt aanvaard of verwerkt!) Uitzondering

hierop is ten allen tijde de geestelijk gestoorde bejaarde.

(noot : Met de belevingswereld van de psychisch gestoorde bejaarde hoeft kennelijk geen rekening te worden gehouden).

Het bezwaar van overplaatsing van bejaarden erkennende, meent de kommissie toch in algemene zin een direkte funktionele band tussen het verpleegtehuis en het verzorgingstehuis te moeten afwijzen.

De kommissie meent , dat een verzorgingstehuis, wil het tot een eigen zelfstandige verpleegafdeling komen(min. 75 bedden), naar haar oordeel een totale capaciteit van 375 bedden moet hebben. Op deze uitzonderingen na meent de kommissie, dat het verzorgingstehuis als regel geen taak heeft in de verpleging van langdurig in vitale functies hulpbehoevende bejaarden.

Na deze uitvoerige bespreking van een belangwekkend rapport over 1961 van partikuliere zijle , zal in paragraaf 3.2 en 3.3 ook ruime aandacht geschonken worden aan de officiële rapporten van de overheid.

3.2. Advies Verpleegtehuizen (1966).

In deze paragraaf zullen we enkele voor ons relevante passages van het ADVIES inzake VERPLEEGTEHUIZEN van de CENTRALE RAAD voor de Volksgezondheid , 1966 , bespreken.

a. Taakomschrijving.

Een verpleegtehuis is een inrichting voor patienten die geen continue specialistische hulp nodig hebben, maar wel een voortdurende verpleegkundige zorg, aansluitend op medische behandeling. Het criterium voor opname van een patient zal , afgezien van de behoefte aan de genoemde behandeling en verpleging, moeten zijn, of hem / haar thuis al dan niet adekwate hulp kan worden geboden en al of niet specialistische hulp nodig is (m.a.w. wanneer de specialist de verantwoordelijkheid voor de behandeling dient te dragen).

b. De opname-indikatie voor het verpleegtehuis.

Opname voor een inrichting voor dag en nacht dient pas aan de orde te komen, nadat op grond van deskundige beoordeling, waarin op adequate wijze aandacht is gegeven aan de relevante somatische, psychische en maatschappelijke factoren, vastgesteld is dat een patient in zijn eigen milieu niet de zorg kan krijgen die hij nodig heeft, ook niet na inschakeling van wijkverpleegsters, consultatiebureaus, poliklinieken, inrichtingen voor dagbehandeling, sociale instanties etc.

c. Differentiatie van verpleegtehuizen.

Afgezien van levensbeschouwelijke indeling is een andere denkbaar, en wel in drie richtingen:

- 1) naar korter of langer durende gevallen,
- 2) naar de aard der ziekte,
- 3) naar de leeftijd van de patienten.

ad. 1. Categorale indeling naar duur verdient geen aanbeveling:

- uit een oogpunt van patientenzorg is dat ongewenst, omdat het verpleegtehuis een bepaald etiket 1) krijgt opgeplakt.

- de duur van een opname is vaak niet te voorspellen; hierdoor kunnen overplaatsingen voorkomen worden,

- hoe minder differentiatie, des te beter kan spreiding van algemene verpleegtehuizen worden bereikt, in het belang van de patient en zijn familie.

- afsplitsing van langdurende opname is ongewenst voor de behandelend arts en voor het verplegend personeel.

- voor de patient duidelijk gunstige factoren om naar de duur van de opname te differentieren, zijn niet aanwijsbaar.

(noot: Ongunstige aspecten voor de bewoner zijn naar ons idee zelfs voor de

1) Het oogpunt van patientenzorg is echter wel van belang bij de scheiding tussen somatisch zieken en psychisch gestoorden.

hand liggend (bv. stigmatiserend effect ; deprimerend klimaat).

ad.2. Differentiatie naar ziekten acht de Raad evenmin gewenst.

Bezwaar :

- konsentratie van gelijksoortige ziektegevallen leidt tot een grotere spreiding van opnamemogelijkheden zodat er grote afstanden van de patient tot zijn omgeving zullen ontstaan.

-differentiatie naar ziekten betekent eenzijdigheid van het werk van behandelend en verplegend personeel en van de opleiding tot ziekenverzorgenden. Konsentratie van gevallen geeft wel de behandelende artsen een grotere ervaring, maar dit gaat ten koste van de "ruime blik".

De enige uitzondering bij de afwijzing van de categorale verpleegtehuizen naar ziekten wil de Raad maken voor psychisch gestoorde bejaarden, wier ziekelijke verschijnselen verblijf in een algemeen verpleegtehuis ongewenst maken en wel omdat hun toestand meestal speciale voorzieningen vereist.

ad.3. Differentiatie van verpleegtehuizen naar de leeftijd.

1. verpleegtehuizen voor kinderen

2. verpleegtehuizen voor bejaarden

3. verpleegtehuizen voor alle leeftijdscategorieën.

Met betrekking tot punt 2 valt op te merken dat het merendeel van de patienten in verpleegtehuizen bejaarden zijn. Deze eisen wel een andere benadering 1) dan jongeren, maar desondanks verdient het geen voorkeur voor hen aparte verpleegtehuizen te stichten. Als argumenten hiervoor worden gebruikt: a) er is nog te weinig ervaring, b) bejaarden zijn al aan zoveel beperkingen gebonden, door verpleegbehoefte en hulpbehoevendheid, dat het niet wenselijk lijkt ook nog

1) Wat is precies deze andere benaderingswijze? Vooral de laatste jaren is bekend dat de onderlinge verschillen bij het ouder worden toenemen (Baltes, 1969 en Schain, 1970). Dit ook Schain, op pag. 24.

hun direkte omgeving in te perken. Het staat wel vast dat bejaarden in het algemeen liever te midden van mensen van verschillende leeftijdsklassen worden verpleegd dan in het vaak deprimerende milieu van alleen bejaarden,

(noot : Waarom zou dat ook niet voor psychisch gestoorde gelden ?)

c) personeelsvoorziening en opleiding tot ziekenverzorgende zouden grote moeilijkheden geven in een dergelijk categoriaal verpleegtehuis.

d. De omvang van het verpleegtehuis ook weer vanwege een eventuele deprimerende sfeer.

Het enige in Nederland gehanteerde exacte richtgetal (Ziekenfonds , 1961) is de minimumomvang van 50 bedden , welke de ziekenfondsraad als eis voor voorlopige erkenning van een verpleegtehuis stelt.

De Raad meent dat dit getal destijds niet is aangenomen op grond van bedrijfseconomische of medische redenen , maar als compromis, om niet teveel verpleegtehuizen uit te sluiten. Ten aanzien van de minimumomvang dient naar de mening van de Raad als beslissend criterium te gelden de mogelijkheid dat een arts zich volledig aan deze taak kan wijden (noot : is dit een medische of toch een economische reden?). Het minimum aantal bedden is niet eksakt aan te geven, maar de Raad meent toch ongeveer 100 bedden aan te moeten houden. Als optimale omvang meent de Raad 100 - 200 bedden te moeten hanteren. 1)

e. De leiding van het verpleegtehuis.

Daar de behandelend arts als gevolg van de vertrouwensrelatie arts-patient een bijzondere plaats inneemt, dient zijn rechtspositie zodanig geregeld te zijn, dat deze relatie onaangetast blijft.

(noot : Het is aannemelijk dat de relatie van de bewoner met het verzorgend

1) Dit lijkt een enigszins ruime omschrijving van het begrip "optimaal" ! Bovendien is het zeer de vraag of dit aantal voor het leefklimaat van bewoners en personeel niet erg groot is.

personeel minstens even "bizonder" is , als de relatie bewoner en arts).

De Raad gaat er voorts van uit dat een verpleegtehuis een instituut is voor voortgezette behandeling, waarbij overigens het verplegingselement van even groot belang is. De konsekwentie van deze gedachte is dat, bijzondere omstandigheden daargelaten, de leiding behoort te berusten bij een speciaal daartoe aangestelde arts. Deze arts zal in vrijwel alle gevallen tevens behandelend arts zijn.

Het verpleegtehuis heeft twee vrijwel gelijkwaardige doelstellingen:

- a- het geven van een algemene medische en verpleegkundige verzorging,
- b- het bieden van een goed leefmilieu aan de opgenome patienten.

Waar geen tweede arts aanwezig is zal , bij een konfliktsituatie (tussen arts en patient), moeten worden gestreefd naar overplaatsing van de patient!1)

f. Binding en samenwerking.

Uit het voorgaande is duidelijk geworden, dat een verpleegtehuis een zeer belangrijke eigen plaats inneemt in het ziekenhuis- verpleegtehuis-verzorgingstehuis circuit.

Het verpleegtehuis is bedoeld voor opname , bij voorkeur na specialistisch onderzoek en/of behandeling , van patienten die voortdurende niet-specialistische geneeskundige zorg nodig hebben. In het ziekenhuis is de medisch-specialistische zorg primair, in het verzorgingstehuis de maatschappelijke verzorging.

Als we de twee rapporten met elkaar vergelijken , zijn de volgende konklusies mogelijk :

- De besproken thema's komen nagenoeg overeen.
- Het rapport van de Federatie tracht duidelijker aan te geven voor welke

1) De rechtspositie van de bewoner lijkt nu hier in het geding

bewoner het verpleeghuis bedoeld is.

- Beide konkluderen dat de psychisch gestoorde bejaarden afzonderlijk verpleegd moeten worden. - De algemene leiding berust bij een arts.

Kommentaar

Aan het jaarverslag van de Geneeskundige Hoofdinspecteur (1969) ontleen we de volgende punten :

- De functie van het verpleeghuis is in volle ontwikkeling, en met name de reaktiveringsfunctie, waardoor de doorstroming toeneemt.
- Ondanks rapporten, lezingen, publikaties is de samenwerking tussen ziekenhuizen en verpleeghuizen niet optimaal, en ontbreekt zelfs nog hier en daar.
- Psychologisch is het openbreken van de medische staf van een ziekenhuis voor een "buitenstaander" niet eenvoudig. Aan de andere kant is er teveel identifikatie van de verpleeghuisarts met een nieuw in te voeren specialisme gerontologie of geriatrie.
- Wordt het verpleeghuis toch weer een geïsoleerd intramuraal bolwerk? De weinige samenwerkingsverbanden met de extramurale bejaardenzorg en extramurale zorg voor langdurig zieken doen soms het ergste vermoeden.
- Klaarblijkelijk is het verpleeghuis niet aantrekkelijk voor alle patienten. Het gebruik van het verpleeghuis is nogal verschillend! Nieuwe verpleeghuizen komen maar langzaam tot een volle bezetting, terwijl andere verstopt raken door geestelijk gestoorde bejaarden of soms een bevolking hebben die meer verzorgingscliënten zijn dan verpleeghuispatienten.

Vervolgens verscheen in 1972 het tweede Advies Verpleeghuizen

3.3. Advies Verpleeghuizen (1972).

Dit rapport van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid komt hier slechts in het kort aan de orde , omdat betrekkelijk weinig nieuwe inzichten sinds het eerste Advies hieraan zijn toegevoegd. Naast een sterke aanbeveling voor de naamsverandering van "verpleegtehuis" in "verpleeghuis" , wordt nogal de nadruk gelegd op een nieuwe indeling van verpleeghuizen. Wij zullen deze indeling in deze paragraaf nader uitwerken en van commentaar voorzien.

In het ADVIES VERPLEEGHUIZEN (Volksgezondheidsnota, 1972), wordt de taak van verpleeghuizen als volgt omschreven:

Verpleeghuizen hebben tot taak aan patienten die daaraan behoefte hebben, geneeskundige behandeling, alsmede voortdurende verpleging en verzorging te geven, een en ander meestal in aansluiting aan specialistisch onderzoek en zo nodig specialistische behandeling. Enerzijds behoort de behandeling in het

verpleeghuis gericht te zijn op reactivering en op herstel of behoud van de activiteiten van het dagelijkse leven , anderzijds beoogt het verpleeghuis hulp te bieden aan degenen die aan wie geen specialistische hulp met uitzicht op herstel meer kan worden geboden.

De Centrale Raad onderscheidt een drietal categorieën van verpleeghuizen:

- a. verpleeghuizen voor somatisch zieken, onder wie zich in geringe mate ook psychisch gestoorde bejaarden zullen bevinden,
- b. verpleeghuizen, uitsluitend bestemd voor psychisch gestoorde bejaarden,
- c. gekombineerde verpleeghuizen met afzonderlijk volwaardige afdelingen voor somatisch-zieken en psychisch gestoorde bejaarden.

Kommentaar.

Deze indeling van verpleeghuizen in deze drie categorieën roept een paar vragen op :

1- is de indeling somatisch ziek/psychisch gestoord altijd te maken? Met andere woorden zijn deze begrippen eenzinnig van inhoud en duidelijk te operationaliseren?

2- ligt in deze indeling een leeftijds criterium opgesloten ? Het is immers zo , dat de verpleeghuizen voor somatisch zieken in principe open zijn voor alle leeftijden , terwijl in groep b alleen bejaarden terecht kunnen. Men kan zich afvragen of dit zinvol is.

We zullen hieronder de indeling , voorgesteld door de Centrale Raad toetsen , aan de hand van het Cartesisch produkt van alle subcategorieën ;

Verpleeghuizen kunnen patienten bevatten die:

A	somatisch ziek zijn	a1 : somatisch ziek a2 : - somatisch ziek
B	psychisch gestoord	b1 : psychisch gestoord b2 : - psychisch gestoord
C	bejaard zijn	c1 : bejaard c2 : - bejaard

Vervolgens kunnen alle mogelijke subfacetten uitgeschreven worden:

1-	a1,b1,c1.....	somatisch ziek	+	psychisch gestoord	+	bejaard
2-	a1,b1,c2.....	"	+	"	-	"
3-	a1,b2,c1.....	"	-	"	+	"
4-	a1,b2,c2.....	"	-	"	-	"
5-	a2,b1,c1.....	-	+	"	+	"
6-	a2,b1,c2.....	-	+	"	-	"
7-	a2,b2,c1.....	-	-	"	+	"
8-	a2,b2,c2.....	-	-	"	-	"

(verklaring : + betekent wel ; - betekent niet).

Kennelijk vallen onder categorie a) van de Centrale Raad, de subfacetten 1,3 en 4 terwijl subfacet 5 onder categorie b) valt. Voorts blijkt dat de subfacetten 2,6,7 en 8 strikt genomen niet onder te brengen zijn in de indeling van de Centrale Raad. Men kan zich met andere woorden afvragen of de voorgestelde indeling een zinnige is en of (zo er al behoefte aan een indeling bestaat) er niet een betere valt te maken. Voorts blijft natuurlijk de definitie van begrippen als somatisch ziek, psychisch gestoord en bejaard het meest moeilijk. In het Advies Verpleeghuizen wordt verder nog opgemerkt: "Dit Advies onthoudt zich van uitspraken omtrent de verpleging van psychiatrische patiënten beneden de leeftijd van 55 jaar". In bovengenoemd schema is dit subfacet 2 en 6.

De benaming "de psychisch gestoorde bejaarde" leidt niet tot de zogewenste duidelijkheid. Uiteindelijk is dit immers een nadere specificatie van een bepaalde groep psychiatrische patiënten. Met andere woorden waarom heten psychisch gestoorde bejaarden niet gewoon psychiatrische patiënten, zelfs al hangt het ziektebeeld samen met de leeftijd?

Naar de mening van de Centrale Raad moet ook in de zorgverlening een scheiding voor somatisch zieken en psychisch gestoorde streng worden doorgevoerd.

Dus toch een scheiding en geen onderscheid zoals Beek (1974) dat stelt!

Dit geldt met name voor de Pastorale c.q. Geestelijke zorg: deze vereist een specifieke aanpak voor somatisch zieken en psychisch gestoorde bejaarden. Het is gewenst dat eventuele religieuze samenkomsten voor beide categorieën apart kunnen worden gehouden. Dit kan in een instelling goed verwezenlijkt worden.

Wij zien hier toch wel de volgende moeilijkheid:

-is er binnen diezelfde instelling een pastor voor somatisch zieken en een ander voor psychisch gestoorde bejaarden, of is het zo,

-dat de pastor het ene moment een samenkomst voor somatisch zieken en het volgende moment een voor psychisch gestoorde bejaarden houdt.

De moeilijkheden worden voor ons nog groter omdat de Centrale Raad de voorkeur uitspreekt voor gekombineerde verpleeghuizen bestemd voor de verpleging van psychisch gestoorde bejaarden onder de verantwoordelijkheid van de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid. Zo kunnen we lezen dat de Centrale Raad onder een verpleegafdeling verstaat: een functioneel geheel, bestaande uit twee of meer verpleegeenheden (van elk ca. 30 bedden); dus in totaal minimaal 60 patiënten, terwijl de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid van oordeel is, behoudens in zeer bijzondere omstandigheden dat terwille van het creëren van een eigen leefgemeenschap moet worden vastgehouden aan een getal van 100 bedden als minimumomvang voor een verpleegafdeling. Voor een gekombineerd verpleeghuis is de minimumomvang gesteld op 150 bedden. Het lijkt een gegoochel van cijfers en begrippen; waarbij de vraag gesteld moet worden of dit het welzijn van de patient bevordert.

3.4. "Het gesloten circuit".

Deze paragraaf en volgende handelt over belangrijke aspecten van de verpleeghuiswereld. We hebben drie belangrijke werkers in het veld gekozen om de lezer enig inzicht te geven hoe deze, naast hetgeen we van partikuliere en overheidswege reeds zagen (paragraaf 3.1 - 3.3) tegen de problematiek aankijken en welke oplossingen zij suggereren.

Onder het gesloten circuit verstaat Schreuder (1972) de ononderbroken keten van zorg die speciaal noodzakelijk wordt geacht in de bejaardenzorg. Voor een goede beschrijving van het gesloten circuit verwijzen we naar Oostvogel (1974).

Schreuder maakt tijdens zijn inleiding een aantal fundamentele opmerkingen:

1- Het bejaardenvraagstuk is een kunstmatig vraagstuk. De bejaarden worden als een bijzondere, homogene, bevolkingsgroep gezien. Dit berust natuurlijk op niets. De verschillen tussen een 45-jarige en een 65-jarige zijn in het algemeen veel minder groot dan tussen een 65-jarige en een 90-jarige. Met andere woorden: de verschillen tussen individuen nemen met het klimmen der jaren toe en niet af. Het is dus absurd om te verwachten dat men van bejaardenzorg kan spreken op dezelfde wijze waarop men van zuigelingenverzorging spreekt.

2- Diskriminatie van bejaarden

Toch is het niet mogelijk het bestaan van een bejaardenvraagstuk te ontkennen. Men moet echter voor ogen houden dat juist de diskriminatie de belangrijkste oorzaak is van de problematiek van de bejaarden.

Er is vooral in de jaren na de oorlog door beleidsinstanties veel aandrang uitgeoefend op bejaarden, om zich te laten plaatsen in bejaardentehuizen, zodat hun eigen woning ter beschikking van jonge gezinnen kwam. Wij mogen dit ook tot getto-vorming rekenen. Sociale rechten blijven vaak een papieren zaak. Wat dat betreft is het onderscheid tussen medische en sociale indicatie funest. Omdat alleen een sociale indicatie onvoldoende reden is voor opname in bijvoorbeeld een ziekenhuis en verpleeghuis. Daarentegen staat een medische indicatie een

opname in bijvoorbeeld het verzorgingsgthuis in de weg. Schreuder geeft vervolgens een aantal voorbeelden van de bedoelde diskriminatie :

a) omdat er veel te weinig goedgekeurde "voorlopig erkende" verpleeghuizen waren, kwamen ernstig zieken met een slechte prognose vaak terecht in het niet goedgekeurde verpleeghuis en moesten dat dan zelf betalen,

b) bejaarden met psychische stoornissen heeft men over het algemeen niet graag in verzorgingstehuizen ; zelfs niet als het om lichte gevallen gaat ,

c) omdat de bejaarden worden gediskrimineerd , heeft men hulpmaatregelen nodig, die de gevolgen van de diskriminatie opheffen; bijvoorbeeld op het terrein van de financiën

d) Als gevolg van de bedoelde diskriminatie kan genoemd worden ; de aparte medische voorzieningen. Schreuder heeft zijn twijfels met betrekking tot bijvoorbeeld het verpleeghuis. Het is onjuist om b.v. geriatrische afdelingen in een ziekenhuis niet te willen hebben onder het motief dat men dan diskrimineert. Het is uiterst moeilijk, zonder groot risico te zeggen, dat een bepaalde patient niet moet worden opgenomen. Het gemakkelijkst begaat men die fout bij de sociale indicatie , waarbij de reden dat de patient niet thuis kan blijven meer in het gebrek aan verzorging ligt dan in de aard van de ziekte.

3- Palend ziekenhuisbeleid.

In de verzorgingstehuizen heeft zeer lang de regel gegolden dat men alleen mensen opnam , die niet of slechts zeer licht verzorgingsbehoeftig waren (en waarvoor dus eigenlijk die opname niet nodig was). Het gehele ziekenhuiswezen heeft zich ontwikkeld in de richting van een instelling, een werkplaats voor specialisten, zonder gericht te zijn op de noden van de maatschappij. We hadden dus van oudsher in de ziekenhuizen bedden beschikbaar moeten houden voor bejaarden en speciaal voor het voorkomen van hulpbehoevendheid van bejaarden. In tegenstelling hiermee heeft het ziekenhuis zich ontwikkeld tot een plaats waar men hoe-langer-hoe-meer verfijnde technieken toepast voor een hoe langer hoe

geringer percentage van de hulpzoekenden.

Het op de instelling gericht zijn van het ziekenhuiswezen herkent men in allerlei dingen, b.v. het belang dat wordt gehecht aan de gemiddelde verpleegduur, verschillig hoe deze tot stand komt, het begrip "doorstroming" enz. 1). Patienten worden daarom ook uit het ziekenhuis ontslagen, niet in de eerste plaats omdat dat in hun belang is, maar in de eerste plaats omdat het bed gebruikt kan worden voor iemand, die de specifieke hulp waartoe een bepaalde specialist in staat is, nodig heeft. Uit het tekortschieten van het ziekenhuiswezen is het verpleeghuiswezen geboren. Via het specialisten-monopolie in de ziekenhuizen is de zorg voor de chronisch zieke bejaarde terechtgekomen in een geheel afzonderlijk ziekenhuiswezen, n.l. het verpleeghuis.

4- Falend overheidsbeleid.

Het "werk" van het verpleeghuis werd aanvankelijk alleen negatief omschreven; het was bestemd voor patienten, die ziekenhuishulp nog niet of niet meer nodig hadden en toch continue medische begeleiding behoeften. Later is daar de reaktivering aan toegevoegd.

Door de splitsing tussen ziekenhuizen en verpleeghuizen beschouwen specialisten de verpleeghuizen vaak als afvaldumps voor ongewenste patienten. Tegenwoordig hebben vele ziekenhuizen hulp van maatschappelijk werkers, door de specialisten veelal beschouwd als sociaal geschoolde uitsmijters.

Ook de verpleeghuizen hebben, in verband met hun werkelijke tekorten aan plaatsen een opnemingspolitiek, die niet altijd op het belang van de aanvrager gericht is, maar op het belang van de instelling; zij willen dus liefst patienten hebben,

- 1) Schreuder had er wellicht nog beter aan gedaan om de titel van deze paragraaf "Falend Ziekenhuisbeleid" te veranderen in "Falend Patientenbeleid".
- 2) Tegenstanders van Schreuder merken op dat men ook kan zeggen: "Het verpleegwezen is geboren omdat het ziekenhuiswezen begreep, dat die taak beter door gemeentelijke instituten of medisch kon worden verricht".

die reaktiveerbaar zijn en zo snel mogelijk weer kunnen vertrekken.

We zien dus dat alle instellingen, die institutionele hulp aan bejaarden geven, het recht hebben om zelf te kiezen wie zij nemen zullen. Het gevolg is dat er een voortdurend residu is van patienten, die niemand neemt en die een voortdurende opwaartse druk uitoefenen op de benodigde plaatsen voor institutionele verzorging.

Willen wij werkelijk tot een doelmatige gezondheidszorg voor bejaarden komen dan zijn de wachtwoorden:

- dekonfessionalisatie,
- regionalisatie,
- samenwerking.

5- Samenspel tussen ziekenhuis , reactiveringskliniek en verpleegtehuis (Querido , 1969) .

Bij de omschrijving van de instellingen moet men uitgaan van de behoeften van de patient, waardoor men tot de volgende indeling komt:

- a- de medische zorg (diagnostiek, medische adviezen, het voorschrijven van geneesmiddelen, kortom het uitoefenen van de geneeskunst). Deze vindt voornamelijk plaats in de ziekenhuizen.
- b- de verpleegkundige zorg: het beroepshalve verschaffen van hulp aan patienten op basis van verpleegkundige deskundigheid. Deze sluit aan bij het medisch onderzoek, cq. behandeling. Voor deze zorg is het verpleeghuis het centrum.
- c- de maatschappelijke verzorging: deze dient aan te sluiten en in het verlengde te liggen van de medische en de verpleegkundige verzorging. Deze vindt voornamelijk plaats in de verzorgingstehuizen.

Bij ziekenhuizen kan men onderscheid maken tussen algemene en categorale ziekenhuizen. Het laatste is gekenmerkt doordat het zich op een speciale groep van patienten toelegt. Men meende dat een bepaald soort ziekte een bepaald soort ziekenhuis nodig heeft: b.v. tuberculose-sanatoria, kankerziekenhuizen,

ziekenhuizen speciaal voor epilepsie, rheuma, etc. Hieraan zijn evenwel de volgende praktische bezwaren verbonden;

- bij verdere ontwikkeling van de medische wetenschap gaat men onherroepelijk van het ene specialisme over naar het andere, met andere woorden het aantal specialismen blijft toenemen .

- ieder categoriaal ziekenhuis, dat gebaseerd is op klinisch onderscheid, eindigt met een algemeen ziekenhuis te zijn, wat zijn inrichting en uitrusting betreft. Hiermee wordt een ziekte geïsoleerd en als een probleem beschouwd, dat betrekkelijk los staat van de algemene geneeskunde.

Och kunnen categorale ziekenhuizen nodig zijn, echter niet op basis van een klinische diagnose, want een klinische diagnose drukt op zichzelf nooit de behoefte van de patient uit. Op basis van die behoefte krijgt men echter een geheel andere vorm (namelijk naar verblijfsduur!!). Hieraan lijken eveneens gevaren verbonden: de ene ziekte is gevoeliger voor hospitalisatie-effekten dan de andere.

Er zijn nog andere voorbeelden te geven van "zogenaamde" gerechtvaardigde categorale ziekenhuizen als men kijkt naar de behoefte van de patient :

- het kinderziekenhuis, is niet een ziekenhuis voor kinderziekten, maar een ziekenhuis voor zieke kinderen,

- het psychiatrisch ziekenhuis, weliswaar met een geheel andere voorgeschiedenis. Deze patienten hebben voorzieningen nodig die patienten in het algemeen ziekenhuis niet behoeven.

- het revalidatiecentrum is eveneens categoriaal, en bestemd voor zieken, die in het algemeen langer verpleging en voorzieningen met name gericht op herstel c.g. aanpassingen aan motorische handicaps nodig hebben, die alleen voor deze mensen aangewend dienen te worden.

Revalidatie is een vorm van tertiaire preventie. Men kan in het algemeen de volgende preventies onderscheiden:

- primaire preventie: is de kunst het optreden van bepaalde ziekten te

voorkomen, object is de gezonde mens. Als de incidence van de ziekte lager wordt, d.w.z. als het aantal nieuwe gevallen daalt.

-secundaire preventie: als de prevalence lager wordt; d.w.z. als het aantal gevallen, dat op een bepaald ogenblik aanwezig is. Hoe lager de prevalence is, hoe korter de ziekte blijkbaar duurt.

-tertiaire preventie heeft tot taak, de blijvende gevolgen van de ziekte te voorkomen of tot een minimum te beperken.

De revalidatie kan men zien in drie kringen ;

a) de biologische , b) de persoonlijke , c) de sociale .

De revalidatie is welhaast het enige middel , dat men heeft voor tertiaire preventie.

Reactivering gaat minder ver dan revalidatie en betreft ernstige zieken; revalidatie reikt verder, maar betreft mensen, die niet ziek zijn, maar die ziek geweest zijn. Natuurlijk overlappen beide elkaar , zoals ook het geval bij multiple sclerosè en chronische rheumatoïde arthritis.

Over geriatrie als specialisme zegt Querido het volgende: "Het is de vraag, of de bejaarde een andere biologie heeft dan de mensen in andere levensfasen.

Het ziekenhuis is op geen enkele manier een weerspiegeling van de behoeften van de maatschappij en kent ook de problematiek van de maatschappij niet. Enerzijds wil men de patient sociaal contact geven, anderzijds hem met een bepaalde rust omgeven.

Hattinga Verschure zegt in de discussie : "Wij hebben niet gesproken over de vraag, hoe de bejaarden, de invaliden en de chronisch zieken zelf de zorg ervaren, die wij voor hen opzetten. Als die zorg technisch goed is en aan alle eisen van efficiency, aan alle geneeskundige en aan alle verpleegkundige eisen voldoet, dan is het nog de vraag, of wij hen een zorg geven, die geluk brengt of niet! Deze vraag is wellicht het belangrijkste , en hieromtrent weten we nog niets".

3.5. Het probleem van de psychiatrische patienten in het verpleegtehuis voor chronisch zieken (Speyer , 1968).

Dit artikel halen we in deze paragraaf uitvoerig aan omdat Speyer de problematiek van de verschillende soorten verpleeghuizen en hun bewoners bespreekt. De tot nu toe gebruikte terminologie wordt in dit artikel.

Speyer hanteert de volgende terminologie: A-sector en A-tehuizen, voor de lichamelijk gestoorden, B-sector en B-tehuizen, voor de geestelijk gestoorden. Verder maakt hij een onderscheid tussen bejaarde geestelijk gestoorden en geestelijk gestoorde bejaarden.

Een bejaarde geestelijke gestoorde is een geesteszieke die , reeds lang gestoord , oud is geworden.

Een geestelijk gestoorde bejaarde daarentegen is iemand die in samenhang met zijn bejaardheid geestelijke stoornissen heeft gekregen, in het algemeen een dementieproces. Hiertoe rekent hij ook de lichamelijk gehandicapten, die op hogere leeftijd naast hun lichamelijke handicap dement worden: dubbelgehandicapten. Vanzelfsprekend zijn ook dementen, die een lichamelijke afwijking krijgen dubbelgehandicapt.

Speijer formuleert vervolgens een aantal onderzoekswensen ten aanzien van het patientenbestand:

1-hoeveel patienten met duidelijke geestelijke stoornissen worden in A-tehuizen opgenomen (met onderscheid in geestelijk gestoorde bejaarden en bejaarde geestelijk gestoorden)? Op deze vraag zullen we in hoofdstuk 4 (vraagstelling) nader ingaan.

2-hoeveel patienten met zeer lichte geestelijke afwijkingen worden opgenomen die later aan ernstige , sociaal hinderlijke geestelijke stoornissen gaan lijden?

3-hoeveel patienten worden opgenomen, die geen geestelijke afwijking bij opneming vertonen en later verschijnselen van geestelijke stoornis gaan vertonen -licht of zwaar-? Volgens Speyer zijn de vragen 2 en 3 moeilijk te beantwoorden. Men

zou daartoe elke bewoner vanaf zijn opname-datum enige tijd moeten volgen.

De indicatie voor opneming.

Een lichte dementie hoeft geen bezwaar te vormen voor een opname in een A-tehuis, mits de aanpassing niet gestoord is. Doch wie bepaalt nu de graad van stoornis? Speijer is van mening dat dit behoort te gebeuren door een centraal beoordelingsinstituut, waarin vertegenwoordigers van de twee disciplines, geriatrie en psychiatrie, de indicatie tot opneming dienen te beoordelen. Hij signaleert verder dat partikuliere tehuizen opneming kunnen weigeren, terwijl de gemeentelijke tehuizen dat vaak niet kunnen.

Reeds nu kan men in de A-tehuizen een differentiatie waarnemen. Bepaalde tehuizen nemen nog slechts patienten op die revalideerbaar zijn. De jaarverslagen van zulke tehuizen zijn natuurlijk bijzonder fraai; de doorstroming is groot, voor artsen zal het werken in zulk een tehuis mogelijk extra aantrekkingskracht hebben. Als deze differentiatie zich verder doorzet, zal dit ongetwijfeld met zich meebrengen, dat andere tehuizen dichtslibben met niet revalideerbare patienten en "minder" worden "geacht", hetgeen een vicieuze cirkel gaat bevorderen.

Differentiatie wordt ook in de hand gewerkt doordat lang niet alle ziekenhuizen in deze hun taak t.a.v. de geriatrie vervullen. Hierdoor worden meer verpleegbedden gekreeerd dan misschien wel nodig zijn (zie ook paragraaf 3.4.) . Als toenmalig inspecteur voor de Geestelijke Volksgezondheid is het duidelijk dat Speyer aandacht vraagt voor de geestelijk gestoorde bejaarde. De beantwoording van deze vraag blijkt echter niet veel verder te reiken dan het aansnijden van de problematiek en dan nog met een gedeeltelijk nieuwe, onnodige terminologie.

3.6. Diagnostiek en klassifikatie van de geestelijk gestoorde bejaarde in het psychiatrisch geriatriesch verpleeghuis "Nieuw Toutenburg" (Sipsma, 1970).

Deze studie is van belang omdat hierdoor meer duidelijkheid wordt geschapen in de pluriformiteit van de funktiestoornissen.

Sipsma geeft een klassifikatiesysteem, zoals dat gehanteerd wordt in Nieuw Toutenburg. Naast het doordenken van ruimtelijke en personele outillage (zie paragraaf 2.3), is er vanaf het begin naar gestreefd, betere wetenschappelijke kennis te verwerven met betrekking tot de psychisch gestoorde bejaarde. Om enige differentiatie te brengen in de groep geestelijk gestoorde bejaarden hanteert Sipsma het aanpassings- of adaptatiebeginsel. De volgende argumenten zijn hierbij aan de orde: de nood van een integrale benadering van de bejaarde patient wordt verduidelijkt door gebruik te maken van het systeemtheoretische begrip "aanpassing". De mens is een psychobiologisch systeem in voortdurende interactie met zijn omgeving. Het handhaven van de homeostase in een dynamisch multistabiel systeem noemt Sipsma "aanpassing" (Ross Ashby, 1960). Vervolgens wordt gesteld dat de graad van adaptatiestoornis een bruikbare maat is.

De indeling (klassifikatie) van de geestelijk gestoorde bejaarden in Nieuw Toutenburg is primair gebaseerd op de hoeveelheid zorg, die een patient nodig heeft. De zorg die de patient nodig heeft, bepaalt de structuur van het milieu. De Nieuw-Toutenburg-klassifikatie geschiedt op basis van het bepalen van invaliditeit ten opzichte van vier groepen variabelen en resulteert in vier categorieën. Deze groepen variabelen en de vier klassifikatie-categorieën zullen achtereenvolgens besproken worden.

De vier groepen variabelen zijn:

a- de sociale adaptatie (aanpassing in de intermenselijke relatie). Hierin kunnen drie komplekse funkties onderscheiden worden, die leiden tot een adaptatiestoornis: a) de gnosis als totaliteit van het neurofysiologisch kenproces, b) de praxis als de op de centrale sensorimotoriek gefundeerde

- verzameling van alle motorische activiteiten, die behoren tot het doelgericht gedrag,c) de taal en de spraak.
- b- de algemeen dagelijkse levensverrichtingen (ADL) betrokken op het materiele milieu. Dit zijn de buitenste twee cirkels van Schreuder (1961), namelijk de activiteiten binnen- en buitenshuis. Sipsma wijst erop dat een aantal bejaarden invalide zijn ten opzichte van deze ADL - variabelen op grond van een gestoord cognitief functioneren en dus niet door stoornissen van somatische aard. Zo zal bv. een gedesoriënteerde patient die volledig mobiel is , toch niet in staat zijn boodschappen te doen.
- c- De alledaagse levensverrichtingen betrokken op het eigen lichaam. Dit is de binnenste kring van Schreuder ; namelijk de bezigheden voor de zelfverzorging. De invaliditeit in dit opzicht kan berusten op stoornissen van het houdings- en bewegingsapparaat. Bovendien kan deze invaliditeit het gevolg zijn van gestoorde cognitieve of conatieve functies.
- d- De adaptatiefuncties bedreigende somatoneurologische aandoeningen. Deze aandoeningen vormen het organisch fundament van de bedreigde adaptatie. Sipsma onderscheidt: -de aandoeningen van het centrale zenuwstelsel,-de aandoeningen van de zintuigen,-de aandoeningen van het houdings- en bewegingsapparaat,- en de aandoeningen van de interne organen en systemen.

Vervolgens bespreken we hier in het kort de vier klassifikatie-categorieën ,die op grond van de genoemde variabelen zijn samengesteld.

I. DE BEGELEIDINGSBEHOEFTIGEN.

Deze bejaarden zijn invalide ten opzichte van de sociale adaptatie en mogelijkcrwijs op grond van cognitieve stoornissen, ook ten opzichte van de ADL, betrokken op het materiele milieu. Deze groep is niet of slechts zeer licht gestoord in hun zelfverzorging. De opnameindikatie voor de begeleidingsbehoefrigen is uitsluitend gelegen in de gestoorde sociale adaptatie.

II. DE VERZORGINGSBEHOEFTIGEN.

Deze bejaarden zijn invalide ten opzichte van de sociale adaptatie en de ADL van het materiele milieu; zij zijn bovendien meer of minder invalide ten opzichte van de ADL, betrokken op het eigen lichaam.

III. DE AMBULANT VERPLEGINGSBEHOEFTIGEN.

Deze groep is invalide ten opzichte van de eerste, tweede en derde groep variabelen en verkeren bovendien in een zodanige somatoneurologische konditie, dat de dreiging van ernstige complicaties voortdurend aanwezig is.

IV. DE INVALIDE VERPLEGINGSBEHOEFTIGEN.

Dit is de groep patienten die naast hun invaliditeit zoals beschreven in de voorafgaande categorieën ook nog immobiel zijn. Tot deze groep behoren de bejaarden met paralyzen, contracturen, eindstadia van ernstige neurologische of somatische ziekten en organische hersenziekten.

Kommentaar

Ten aanzien van de vier groepen van variabelen is eigenlijk weinig meer op te merken dan dat deze in overeenkomst zijn met de bestaande literatuur (zie o.a. Leering onder 3.8.). De term "variabele" is wellicht minder gelukkig gekozen, omdat hiermee meestal slechts een attribuut wordt aangegeven, terwijl reeds bij de eerste groep wordt opgemerkt dat er sprake is van drie komplekse functies.

De overgang van diagnostiek naar klassifikatie is nogal onduidelijk:

a- de veronderstelling is namelijk dat de begrippen sociale adaptatie, ADL-betrokken op het materiele milieu etc., unidimensionele begrippen zouden zijn. Unidimensionaliteit veronderstelt dat de verschillende items allen een en hetzelfde gemeenschappelijke konsept meten. De operationalisering van de verschillende begrippen door Sipsma maakt de unidimensionaliteit twijfelachtig.

b- een verdere veronderstelling is dat de vier afzonderlijke variabelen tesamen een kontinuum zouden vormen (additief, non-interactief en lineair), hetgeen op zijn minst twijfelachtig genoemd mag worden.

c- in eerste instantie lijkt een kontinuum nog tot de mogelijkheden te behoren, omdat men de indeling expliciet gemaakt heeft naar de aard en de hoeveelheid zorg die een patient nodig heeft. Pas in tweede instantie blijkt dit moeilijk vol te houden als men het begrip "zorg" als een multidimensioneel begrip opvat.

d- de multivariate opzet om te komen tot een theoretische maar ook praktische betere klassifikatie is een goede aanzet; maar is niet geheel adequaat uitgewerkt.

e- het is dan ook voor ons de vraag of de Nieuw Toutenburg klassifikatie voor de geneeskundige, die in het veld gekonfronteerd wordt met bejaarden met aanpassingsstoornissen een beter werkmodel heeft verschaft dan het gebruikelijke somatoneurologische diagnosestelsel (zie ook van Hellemond 1972).

We zullen hieronder de basis-en subfacetten van de Nieuw Toutenburg klassifikatie precieser uitschrijven

- A sociale adaptatie :a1=→gestoord,a2=gestoord
- b ADL (materiele milieu):b1=→gestoord,b2=gestoord
- C ADL (eigen lichaam) :c1=→gestoord,c2=gestoord
- D Somatoneurologische :d1=→gestoord,d2=gestoord
aandoeningen

Het cartesisch produkt van deze vier facetten (met ieder twee subfacetten)

1	a1 b1 c1 d1	9	a1 b1 c1 d2
2	a2 b1 c1 d1	10	a2 b1 c1 d2
3	a1 b2 c1 d1	11	a1 b2 c1 d2
4	a2 b2 c1 d1	12	a2 b2 c1 d2
5	a1 b1 c2 d1	13	a1 b1 c2 d2
6	a2 b1 c2 d1	14	a2 b1 c2 d2
7	a1 b2 c2 d1	15	a1 b2 c2 d2
8	a2 b2 c2 d1	16	a2 b2 c2 d2

Uit bovenstaand schema blijkt dat we door combinaties van de 4 variabelen niet tot 4 groepen komen (zoals Sipsma doet) maar tot 16 mogelijke groepen . Uit onderzoek zou moeten blijken of deze 16 groepen ook alle in de praktijk voorkomen , en volgens welke hiërarchie ze gerangschikt moeten worden. Hierop komen we in hoofdstuk 8 terug.

3.7. Poliklinische somato-psychosociale gedragsstoornissen bij oudere mensen (B.Miesen,1974).

In dit onderzoek wordt nader ingegaan op het opnamebeleid van het verpleeghuis voor psychisch gestoorde bejaarden.

Heeft een opname in een verpleeghuis voor psychisch gestoorde bejaarden eenmaal plaats gevonden,dan blijkt terugplaatsing,wanneer ontdekt wordt dat de opname niet geïndiceerd was,vaak moeilijk te zijn. Onnodige opname kan voorkomen worden door vooraf de aangegeven gedragsstoornissen multidisciplinair te screenen.Bij 130 oudere mensen werd nagegaan of zij voor opname in een verpleeghuis voor psychisch gestoorde bejaarden in aanmerking kwamen. Met name werd de doelstelling , die de aanvrager van het screeningsonderzoek beoogde, in verband gebracht met de beoordeling en interpretatie van de gedragsstoornissen door het hele screeningsteam.De voorlopige konklusie was alarmerend: indien screening van gedragsstoornissen bij oudere mensen daadwerkelijk multidisciplinair van opzet is, en bovendien werkelijk voorafgaat aan een eventuele opname in een verpleeghuis voor psychisch gestoorde bejaarden,kan hoogstwaarschijnlijk een relatief groot aantal oudere mensen aan en dat moment ontvange opname in een

dergelijk verpleeghuis worden bespaard. De gegevens wijzen erop dat dit voor 1 op de 3 oudere mensen , voor wie een aanvraag wordt ingediend het geval is.

Wil een multidisciplinaire benadering van gedragsstoornissen bij oudere mensen op poliklinisch niveau het gewenste resultaat opleveren, dan zullen de psychosociale factoren die het gedrag van oudere mensen beïnvloeden o.a. binnen de traditionele beoordelingscriteria meer aandacht moeten krijgen . Dit laatste vereist een mentaliteitsverandering die weerklank zou moeten vinden binnen het gezondheidsbeleid en die zou moeten worden doorgetrokken naar alle echelons van de gezondheidszorg.

3.8. Gestoord Menselijk Functioneren (Leering, 1970) .

Deze studie heeft als ondertitel : Een onderzoek naar de structuur van de ALGEMEEN DAGELIJKSE LEVENSVERRICHTINGEN (ADL) bij patienten in verpleegtehuizen. Het materiaal dat Leering gebruikt is dat van de Enquete Verpleegtehuizen (Munnichs , 1967). De verpleeghuizen voor psychisch gestoorde bejaarden zijn hierbij buiten beschouwing gelaten (zie ook paragraaf 3.9) .

Leering vindt pas gedurende zijn analyseproces van de gegevens voldoende aanleiding om geestelijk gestoorde en mentaal normalen (=somatisch zieken) apart te bespreken. De eerste categorie omschrijft hij aldus: "Patienten die geen enkele mogelijkheid meer hebben om het eigen leven structuur te geven. Hoewel de gedemanteerde mens ernstig gestoord is in het contact met zijn omgeving , menen wij nu dat deze stoornis niet vergeleken kan worden met enigerlei zintuiglijke hindernis. Integendeel de geestelijke gestoordheid verandert de mensen zo wezenlijk , dat met recht van een andere categorie gesproken kan worden". Leering neemt als premisse : gegevens betreffende de invaliditeit van patienten moeten een onmiskenbare verwantschap hebben met de aan de dag tredende pathologie op morfologisch, maar vooral ook op functioneel terrein.

Vervolgens formuleert Leering de volgende vraagstellingen:

1- is het mogelijk dat er een structuur van ADL-handelingen ontworpen kan worden die alle stoornissen ten aanzien van dit functioneren in een sluitend systeem naar toenemende mate van gestoord-zijn registreert?

2- hoe verhouden zich de ADL-stoornissen tot het functioneel gestoord zijn in de bewegings- en contactmogelijkheden ,met als basis een zo volledig mogelijke diagnostiek , gedifferentieerd naar leeftijd en geslacht; kan hier ook een duidelijke structuur ontdekt worden?

3- is het mogelijk om op grond van de ter beschikking staande gegevens een inzicht te verkrijgen in de verschillende variabelen die het oordeel over de reactiveerbaarheid beïnvloeden?

ad.1. De ADL-niveaus van Leering (in navolging van Katz) :

- 1- geen stoornis
- 2- een stoornis
- 3- baden + een stoornis
- 4- baden + kleden + een stoornis
- 5- baden + klelen + toilet + een stoornis
- 6- baden + kleden + toilet + wassen + een stoornis
- 7- baden + klelen + toilet + wassen + incontinentie + eten
- 8- restgroep

Kritiek op deze ADL-niveaus: men veronderstelt een bepaalde structuur van de ADL-gegevens, maar men gaat niet of niet voldoende na of deze structuur uni- of multivariaat is. Men dient dus eigenlijk na te gaan of de ADL-items onderling schaalbaar zijn. Guttman heeft voor de schaalbaarheid van items een aantal eisen geformuleerd, die door andere onderzoekers nog zijn uitgebreid en verscherpt (zie o.a. Felling, 1971). Het niet benoemen van de stoornis die als eerste optreedt , wordt door ons als niet juist geoordeeld. Voorts wordt geen rekening gehouden met de relatieve frekwenties van de afzonderlijke items.

ad.2. De funktiestoornissen van het bewegingsapparaat vormen waarschijnlijk de belangrijkste achtergronden van de ADL- en voortbewegingsstoornissen. De belangrijkste stoornissen die het bewegen beïnvloeden kunnen als volgt weergegeven worden:

spieren..... paralyse/parese (al of niet spastisch)

gewrichten.. contracturen en bewegingsbeperkingen

skelet..... amputaties

Hij vindt dan ook een significante samenhang tussen ADL en het lopen.

Bovenstaande drie-deling vertoont een sterke analogie met de hoofdgroepen van de aandoeningen die een mens kunnen treffen:

aandoeningen de spierkracht betreffende wijzen in hoofdzaak op aandoeningen van het centrale en perifere zenuwstelsel,
aandoeningen van de gewrichten wijzen hoofdzakelijk op aandoeningen van het bewegingsapparaat, zoals het chronisch rheuma en de arthrosis deformans, terwijl amputaties grotendeels het gevolg zijn van interne aandoeningen als diabetes mellitus en vaatziekten.

Visus- en gehoorstoornissen beperken het menselijk functioneren en de wisselwerking met de omgeving. Waar dit functioneren een relatie heeft met de leeftijd, verwacht Leering dat bij toenemende leeftijd meer visus- en gehoorstoornissen zullen optreden. Op zichzelf echter behoeven geen van beide stoornissen een samenhang te vertonen met de ADL-functie. Voorts verwacht hij een zeer nauwe relatie tussen spraakstoornis, de bewegingsstoornis als paralyse/parese en een stoornis van het centrale zenuwstelsel. Leering bedoelt met geestelijk gestoorden; patienten met de verschillende vormen van praeseniële en seniele dementieën.

Naar analogie van de beschreven indeling op grond van de funktiestoornissen hanteert Leering de volgende indeling op grond van de aandoeningen :

ACUUT

1. aandoeningen van het zenuwstelsel met een direkte invloed op het bewegen :
(01) cerebro vasculair accident (CVA)
2. aandoeningen van het bewegingsapparaat met direkte invloed op het bewegen :
(06) fractura colli femoris (fcf)

CHRONISCH

3. aandoeningen van het bewegingsapparaat met een direkte invloed op het bewegen: (04) chronisch rheuma, (05) arthrosis deformans, (21) andere aandoeningen van het bewegingsapparaat (fracturen)
4. aandoeningen van het centrale zenuwstelsel (CZS) met een direkte invloed op het bewegen: (02) multiple sclerose, (03) Morbus Parkinson, (19) andere aandoeningen van het CZS.
5. aandoeningen die het uithoudingsvermogen direkt beïnvloeden: (14) hartaandoeningen, (15) vaatziekten (w.c. thrombose, embolie), (16) longaandoeningen
6. aandoeningen die het uithoudingsvermogen niet of slechts indirekt kunnen beïnvloeden (andere interne aandoeningen en huidziekten): (07) diabetes mellitus, (12) bloedziekten, (13) stofwisselingsziekten zonder diabetes, (17) spijsverteringsziekten, (18) ziekten van de tractus urogenitalis, (22)

7. katabole toestanden: (11) maligneteiten, (24) slecht te omschrijven toestanden.

(noot : In het schema worden de aandoeningen onderscheiden naar het ACUTE of CHRONISCHE voorkomen, zowel op het gebied van het bewegingsapparaat als op dat van het centrale en perifere zenuwstelsel. Het is een mooi schema, maar het is een apriori kategorisering, vervolgens niet getoetst, en er is bovendien geen rekening gehouden met de multiple pathologie. Door het aandoeningenschema (21 verschillende aandoeningen en bovendien 4 keuzen mogelijk) is het bijzonder moeilijk (data-technisch) een simpele kategorisering te vinden. In hoofdstuk 8 zullen we deze structuur nader bestuderen).

ad.3. Met betrekking tot het reaktiveerbaarheidsoordeel en ADL besluit Leering dat op grond van de beschikbare gegevens slechts een fragmentarisch inzicht verworven kan worden, in de verschillende factoren die dat oordeel beïnvloeden. Als enige punt noemt Leering eigenlijk dat een laag ADL niveau en geestelijke gestoordheid leiden tot een ongunstig reaktiveerbaarheidsoordeel, terwijl hij geen relatie met de leeftijd vindt.

Verder merkt Leering op dat ziekte en ongeval zeker een ADL-stoornis teweeg kunnen brengen, maar slechts voor zover zij de mobiliteit van het bewegingsapparaat beperken. Een directe causale relatie bestaat er niet.

Leering betreft het geslacht niet in de analyse, omdat het weinig oplevert voor de verschillen in de ADL-groepen, en omdat het verschil tussen de geslachten bij mentaal normalen en geestelijk gestoorde patiënten zeer gering is m.b.t. de ADL. Tussen ADL en lopen bestaat een nauwe samenhang. Op grond van de inhoud van de ADL was het te verwachten dat er een stringente relatie gevonden zou worden; ook deze relatie zullen wij nagaan.

Met betrekking tot de relatie geslacht-aandoeningen merkt Leering het volgende op: het is reeds lang bekend dat er geslachtelijke verschillen bestaan ten opzichte van de aandoeningen die een mens kan krijgen: zo vond van Zonneveld (1961), dat significant meer vrouwen dan mannen lijden aan: diabetes mellitus, gewrichtsaandoeningen, systolische of diastolische hypertensie en fracturen.

Verder (1966) werd in haar onderzoek naar de invaliditeit van oudere mensen in

Leiden de volgende feiten: aandoeningen van het bewegingsapparaat namen bij de invaliditeit bij oudere vrouwen de eerste plaats in , daarna volgden respektievelijk aandoeningen van het zenuwstelsel en van de tractus circulatorius. Bij mannen werden de eerste plaatsen ingenomen door aandoeningen van het circulatieapparaat , van het zenuwstelsel en als derde pas aandoeningen van het bewegingsapparaat.

De betekenis van zijn onderzoek typeert Leering als volgt:

Aandoeningen, voortbeweging en ADL-stoornis vertonen een samenhang, waarover in het algemeen te weinig gegevens bekend zijn. Het verband tussen deze drie zal naar zijn mening voor een zeer groot deel berusten op de door de aandoening veroorzaakte functionele stoornissen van het bewegings- en contactapparaat.

3.9. Het verpleeghuis, 1964-1970 (Munnichs, 1967; Wimmers, 1974).

Inleiding.

In 1964 heeft, zoals reeds eerder is vermeld, de eerste grote enquête over verpleeghuizen en hun bewoners plaats gevonden , naar analogie van onderzoek in bejaardentehuizen en psychiatrische ziekenhuizen (Munnichs , 1964 en 1967). Het betrof hier de verpleeghuizen in het algemeen; de enkele verpleeghuizen die eksklusief bestemd waren voor de verpleging van psychisch gestoorde bejaarden zijn buiten beschouwing gebleven. In paragraaf 2.2 is de aanleiding tot deze eerste enquête reeds beschreven.

Als vervolg op het onderzoek van 1964 besloot men om op 31 december 1970 het onderzoek te herhalen , maar nu bij alle "voorlopig erkende" verpleeghuizen; dus ook die welke eksplisiet bestemd zijn voor de verpleging van psychisch gestoorde bejaarden.

In dit hoofdstuk zullen we proberen om de ontwikkeling van het verpleeghuiswezen in die afgelopen jaren zo goed mogelijk met behulp van de cijfers te illustreren.

We zullen de beide onderzoeken in het kort samenvatten:

- 1- allereerst een vergelijking met betrekking tot tehuiskenmerken in de beide onderzoeksjaren. Daarbij is voor de zuiverheid van de vergelijking, de groep verpleeghuizen, die expliciet gericht zijn op de verpleging van psychisch gestoorde bejaarden, buiten beschouwing gelaten. Omtrent deze groep zijn in 1964 geen, en in 1970 wel gegevens ingewonnen.
 - 2- vervolgens geven we een aantal tehuiskenmerken, zoals die alleen in 1970 naar voren kwamen. Het betreft hier materiaal, waarbij een vergelijking met 1964 niet mogelijk is, maar dat toch voldoende interessant is.
 - 3- als laatste punt geven we, iets uitgebreider, een aantal bewonerskenmerken, voornamelijk uit 1970, en waar mogelijk, een vergelijking met 1964.
- We presenteren deze gegevens voornamelijk om de lezer vertrouwd te maken met de inhoud van de enquêtes.

3.9.1. Kenmerken van verpleeghuizen (vergelijking 1964-1970).

Werden in 1964 "slechts" 17 vragen gesteld (Munnichs, 1967, zie bijlage I formulier A van deze studie) over het verpleeghuis zelf, in 1970 was dit aantal 27, die echter 135 afzonderlijke gegevens bevatten (Wimmers, 1972; zie bijlage deelrapport 1). Een vergelijking is dus maar voor een beperkt aantal gegevens mogelijk. We zullen de kenmerken die in beide onderzoeksjaren zijn nagegaan in het kort behandelen:

1) het bedden-aantal.

In 1964 telde het voorlopig erkende verpleeghuis een gemiddeld aantal van 86 bedden, terwijl dat voor dezelfde categorie verpleeghuizen in 1970 gemiddeld 114 was. De gemiddelde beddenkapasiteit is in die 6 jaren aanzienlijk toegenomen (zie ook bijlage A).

2) Het al dan niet "voorlopig erkend" zijn van het verpleeghuis.

Deze variabele lijkt niet geschikt voor een vergelijking, omdat in

1964 wel een aantal verpleeghuizen hebben meegedaan die niet de "voorlopige erkenning" hadden , terwijl in 1970 alle deelnemende tehuizen die erkenning hadden.

- 3) De vereniging waar het verpleeghuis al of niet bij aangesloten is. Deze vraag is in die 6 jaar achterhaald door de feiten ; de drie afzonderlijke verenigingen zijn in 1968 samen gaan werken in de sectie verpleeghuizen van de Nationale Ziekenhuisraad . Een vergelijking is minder relevant , hoewel een zekere zuilen-indeling hier en daar nog wel bestaat.
- 4) Het bouwjaar van het verpleeghuis , en de uitbreidingen van bestaande tehuizen. De verkregen gegevens kunnen we als volgt weergeven : 86 (40%) van de in 1970 bestaande tehuizen is in de periode '64-'70 gebouwd. Van de reeds bestaande tehuizen hebben er na 1965 47 (38%) een belangrijke uitbreiding gekregen. Door beide ontwikkelingen nam het totale beddenaantal toe van 8696 tot 21054 (beide getallen exclusief de verpleeghuizen voor psychisch gestoorde bejaarden) . Dit is dus meer dan een verdubbeling.
- 5) De zelfstandigheid van de verpleeghuizen. Met zelfstandigheid bedoelen we hier de (on)afhankelijkheid van andere instellingen met betrekking tot outillage en beleid. Het percentage zelfstandige verpleeghuizen is relatief gedaald van 64% in 1964 naar 60% in 1970 (absolute aantallen respectievelijk 80 en 130) , aan de ene kant door opheffing van kleine zelfstandige verpleeghuizen en aan de andere kant door grote complexen van verpleeghuizen in combinatie met andere instellingen. De combinatie van verpleeghuizen samen met verzorgingstehuizen is relatief het meeste gedaald , van 22% in 1964 naar 15,8% in 1970 (absoluut 27 en 33).
- 6) Het uitsluitingskriterium (= criterium op grond waarvan opname wordt geweigerd). In 1964 hanteren alle verpleeghuizen een of ander uitsluitingskriterium. Ernstige psychosen bijvoorbeeld , en/of psychische stoornissen. Op grond van het zeer wisselend gebruik van de specifieke uitsluitingscriteria wordt in het rapport (1967) geconkludeerd dat de

verpleeghuizen alleen al hierdoor sterk uiteenlopen. In 1970 zijn er 15 verpleeghuizen (7%) die geen uitsluiting van opname hanteren bij de genoemde ziektebeelden.

- 7) De rol van de uiteindelijke beoordelaar (= degene die beslist over het al of niet opnemen van een bewoner). In de verpleeghuizen van na 1964 wordt de taak van de uiteindelijke beoordelaar door minder diensten of personen vervuld dan in verpleeghuizen die voor 1964 in bedrijf zijn gesteld.
- 8) Afspraken met andere instellingen. Van de 130 zelfstandige verpleeghuizen in 1970 hebben er 82 (63%) geen afspraken met andere instellingen. In 1964 bedroeg dit aantal 66 van de 80 zelfstandige verpleeghuizen (82%). Het aantal zelfstandige verpleeghuizen met afspraken is dus duidelijk toegenomen (van 14 naar 48 verpleeghuizen, respectievelijk van 18% naar 37%). Daarbij is het aantal verpleeghuizen dat een band heeft met een verzorgingstehuis relatief het meest toegenomen (van 3 naar 25 verpleeghuizen ofwel van 4% naar 19%). Wat betreft de band met andere instellingen, zoals algemene en psychiatrische ziekenhuizen, bedragen de aantallen respectievelijk 11 of 13% in 1964 en 23 of 18% in 1970.

3.9.2. Kenmerken van de verpleeghuizen in 1970 (deze zijn niet vergelijkbaar met die van 1964).

Naast de bovenstaande vergelijkingen geven we een overzicht van een aantal tehuiskenmerken van het onderzoek 1970; waarbij een vergelijking met 1964 niet mogelijk was.

De belangrijkste zijn:

- a- ruim 50% van de verpleeghuizen heeft een of meer full-time artsen in dienst (108 van de 215), Ruim 68% van de verpleeghuizen heeft een of meer part-time artsen in dienst (147 van de 215).

- b- ruim 56% (110) van alle verpleeghuizen heeft een full-time fysiotherapeut in dienst ; de relatie tussen fysiotherapeuten en het aantal bedden is het sterkst in de verpleeghuizen bestemd voor de verpleging van somatisch zieken. Er zijn echter nog 25 verpleeghuizen (12%) die noch een full-time noch een part-time fysiotherapeut in dienst hebben.
- c- In de 160 verpleeghuizen (64%) die vaste afspraken hebben met konsulenten blijkt , dat het aantal afspraken met konsulenten afloopt naarmate het verpleeghuis groter is.
- d- slechts 29 verpleeghuizen (13%) hebben geen bezigheidstherapeuten in dienst. Het ontbreken van deze therapeutische deskundige komt relatief het meest voor bij de verpleeghuizen bestemd voor somatisch zieken.
- e- met betrekking tot de outillage blijkt dat 20 verpleeghuizen (10%) geen ruimte hebben voor fysiotherapie en dat 26 verpleeghuizen (12%) geen ruimte voor bezigheidstherapie hebben.
- f- in 98 verpleeghuizen (43%) houdt een tandarts spreekuur , in 19 verpleeghuizen (9%) komt een psycholoog.
- g- de verpleeghuizen van jongere datum trekken significant meer gediplomeerde verpleegkundigen aan. Van de verpleeghuizen gebouwd voor 1964 heeft slechts 7,6% meer dan 10 gediplomeerde verpleegkundigen , terwijl bijna 40% van de verpleeghuizen die later zijn gebouwd meer dan 10 gediplomeerde verpleegkundigen hebben.
- h- de gemiddelde bezettingsgraad van de gekombineerde verpleeghuizen is 104% (dus overbezetting) , die van de somatische 87% , terwijl die van de tehuizen voor psychisch gestoorde bejaarden daar tussenin ligt (96,5%).
- i- verpleeghuizen bestemd voor de verpleging van somatisch zieken hebben de beste doorstroming 1) (te weten ; somatische tehuizen gemiddeld 82% , gekombineerde tehuizen 72%) , terwijl die welke bestemd zijn voor de verpleging van psychisch gestoorde bejaarden het laagste percentage hebben (gemiddeld 59%). Verpleeghuizen die voor 1960 in gebruik zijn genomen hebben

een betere doorstroming dan de verpleeghuizen die daarna in gebruik zijn gesteld. Van een versnelling in de doorstroming die op grond van de onderzoeksresultaten in 1964 werd verwacht is slechts in beperkte mate sprake (respektievelijk 70% in 1964 en 78% in 1970).

3.9.3. Kenmerken van bewoners.

Naast de algemene gegevens omtrent de tehuizen als organisatie, zijn in 1970 (en in 1964) data ingewonnen met betrekking tot de bewoners. Ook hierop zullen we wat uitgebreider ingaan. Een nieuwe vergelijking, met verdiskontering van de psychisch gestoorden, maken we in vraagstelling 2 (zie hoofdstuk 4). We zullen in het volgende puntsgewijs de samenvatting van deelrapport II van het verpleeghuisonderzoek 1970 (Wimmers, 1974) behandelen. Weergave van alle gedetailleerde resultaten zou ons te ver voeren; we verwijzen hiervoor naar het genoemde rapport.

- 1 Tweemaal zoveel vrouwen (66,9%) als mannen (33,1%) verblijven in de Nederlandse verpleeghuizen.
2. Bewoners in de weduwstaat overheersen (50,7%); dit komt voornamelijk door het grote percentage weduwen onder de verpleeghuisbewoners (37,7%).
3. De verpleeghuispatienten zijn bijna allen ouder dan 50 jaar (95,-%).
4. Vergelijken we de verpleeghuispatienten van 65 jaar en ouder met betrekking tot het geslacht en de burgerlijke staat, dan zien wij een aantal grote verschillen: Bij de oudere Nederlandse bevolking leveren de gehuwde mannen relatief de grootste bijdrage (31,6% van het totaal), terwijl de gehuwde mannen bij de oudere verpleeghuisbewoners slechts 12,2% vormen. De grootste bijdrage voor de oudere verpleeghuisbewoners wordt geleverd door de categorie

1) Doorstroming is als volgt gedefinieerd: Het aantal ex-bewoners (ontslagen + overleden bewoners) gedeeld door het aantal bedden op 31-12-1970.

weduwen (37,7%).

5. De leeftijd geeft nog grotere verschillen te zien dan de burgerlijke staat en het geslacht tussen de oudere verpleeghuisbewoners en de oudere Nederlandse bevolking. De gemiddelde leeftijd voor de oudere verpleeghuisbewoners is 79,6 jaar , terwijl de gemiddelde leeftijd van de oudere Nederlandse bevolking 71,2 jaar is.
6. Indien we de variabelen geslacht, burgerlijke staat en leeftijd simultaan bestuderen , kunnen we stellen dat de verpleeghuispopulatie voornamelijk bestaat uit zeer hoogbejaarde vrouwen die niet (meer) gehuwd zijn .
7. De funktiestoornissen zijn op verschillende manieren geanalyseerd:
 - a. Vier groepen van aspecten zijn hierbij onderscheiden (ADL , milieu-aktiviteiten , verplegingsbehoefte 1) en reaktiveerbaarheid) en zijn getoetst op schaalbaarheid. De belangrijkste konklusie van deze uitvoerige analyse is dat de ADL-variabelen voldoen aan alle eisen van schaalbaarheid (Felling , 1971). De ADL is binnaen dit onderzoek zonder meer de beste indikator gebleken voor de patient als verpleeghuispatient. Ook de psychische stoornissen voldoen aan de eisen van schaalbaarheid ; de moeilijkheid hierbij is echter veel meer van theoretische aard, omdat de inhoudelijke validiteit van de drie gebruikte items niet geheel duidelijk is (psychische stoornissen, sociale onaangepastheid en begeleidingsbehoefte). De twee resterende schalen, namelijk de milieu-aktiviteiten en de verpleegbehoefte, blijken niet zonder meer aan de eisen van schaalbaarheid te voldoen. Dit wil overigens niet zeggen dat deze variabelen geen bruikbare informatie zouden verschaffen.
 - b. De funktiestoornissen zijn onderling nader bestudeerd via correlatieberekening. Hieruit bleek dat niet alleen de funktiestoornissen per

1) Bij de verplegingsbehoefte maken we onderscheid in twee kategorieen :
- in ruime zin ; hiertoe behoren dan ook de items psychische gestoordheid , sociale onaangepastheid en toezicht- en begeleidingsbehoefte.
- in enge zin ; hiertoe worden alleen gerekend : bedlegerigheid , inkontinentie
katheter en desnoods

subgroep een grote samenhang vertonen, maar eveneens de afzonderlijke items van de verschillende subgroepen, op slechts enkele uitzonderingen na.

c. Voorts is getracht via toepassing van factoranalyse de structuur binnen de funktiestoornissen te beschrijven. Hierbij vond men drie groepen van variabelen : verpleeghuisbewoners die ADL-stoornissen en stoornissen in de milieu-aktiviteiten hebben . Vervolgens bewoners met een zware verpleegbehoefte, tesamen met een slechte verplaatsingsmogelijkheid en zeer geringe reaktiveringskansen van ADL-en loopfunctie. En als derde groep de verpleeghuispatienten die psychische stoornissen hebben.

8. Uit de resultaten blijkt dat de verpleeghuispatient gekenmerkt wordt door een multiple pathologie. Bij de eerste twee diagnose-keuzes zijn enkele verschillen gekonstateerd tussen mannen en vrouwen ; vrouwen lijden meer aan chronisch rheuma dan mannen , zowel bij de eerste als bij de tweede keuze. Indien we de relaties nagaan tussen de eerste en de tweede keuze van de diagnosegroepen dan blijkt het volgende: het keuzeproces bij de arts geschiedt onafhankelijk van datgene wat zijn eerste keuze is geweest. We hadden verwacht dat er in het totale materiaal duidelijke aandoeningenpatronen zouden voorkomen; deze komen echter uit het materiaal niet naar voren.

9. Indien we de relaties tussen de funktiestoornissen en de diagnosen bestuderen, blijkt dat sommige funktiestoornissen van de bewoner indicatief zijn voor een aantal aandoeningenpatronen en bij andere niet. (Bv. contracturen heeft hoge korrelatie met chronisch rheuma .75).

10. Van de samenhang tussen de algemene kenmerken van de bewoner , zijn funktiestoornissen en zijn aandoeningen vermelden we het volgende :

a) Het geslacht geeft een aantal interessante verbanden te zien met aandoeningen , maar niet of nauwelijks met de funktiestoornissen. Bv. vrouwen hebben significant meer chronisch rheuma dan mannen , terwijl

bij funktiestoornissen gekonstateerd is dat vrouwen beter zelf zouden

kunnen koken dan mannen ; een voor de hand liggende bevinding.

b) De burgerlijke staat geeft slechts enkele interessante samenhangen , dit in tegenstelling met onze verwachting, gezien het belang van de sociale indicatie die met deze variabele samenhangt!. Bv. niet-gehuwden hebben vaker dan gehuwden aandoeningen van het spijsverteringssysteem. Hierbij komt de vraag op of dit met een afwijkend voedingspatroon samenhangt.

c- De leeftijd vertoont sterke samenhangen zowel met de diagnosegroepen als met de funktiestoornissen. Bv. jongere bewoners hebben vaker dan oudere multiple sclerose en paralyzen , terwijl oudere vaker dan jongere arthrosis deformans en gehoorstoornissen vertonen.

d- De verblijfplaats voor opname, de afstand van de woonplaats van de patient tot het verpleeghuis , het jaar van laatste opname geven slechts enkele minder belangrijke samenhangen te zien.

e- De afdeling waar de patient verblijft, de kansen van de reaktivering van ADL- en loopfunctie, de behoefte aan behandeling en controle en de inrichtingsbehoefte in relatie met de diagnosegroepen en de funktiestoornissen zijn echter van groot belang.

11. Bij nader onderzoek van de reaktiveringskansen van ADL- en loopfunctie bleek dat incontinentie en twee ADL-variabelen (het hulp nodig hebben bij het wassen en de wc-functie) belangrijke indicatoren zijn voor geringe kansen op reaktivering. Verdere analyse van de inrichtingsbehoefte bracht aan het licht dat ook hier de ADL-variabelen een belangrijke functie kunnen vervullen, evenals de milieu-activiteiten.

12. Ook is in deelrapport 2 reeds een poging ondernomen om de twee groepen van verpleeghuispatienten zo goed mogelijk van elkaar te onderscheiden met behulp van een aantal verpleeghuiskenmerken. In 1970 is ons dat niet gelukt. In hoofdstuk 7 komen we hierop terug.

Over de ex-bewoners is minder informatie ingewonnen dan over het bewonersbestand ; zie hoofdstuk 5 ,materiaalbeschrijving.

a- De ex-patienten over het kalenderjaar 1964.

Over het hele kalenderjaar 1964 zijn door de enquetekommissie gegevens ingewonnen over de ex-bewoners. Hierbij is echter om "technische redenen" in de meeste tabellen geen onderscheid gemaakt tussen overleden en ontslagen bewoners. Het lijkt ons dan ook minder zinvol om hierover uitgebreid verslag te doen , omdat het hier toch wel om een nogal essentieel onderscheid gaat. De enige zinvolle informatie die hieruit af te leiden is heeft betrekking op de doorstroming in het verpleeghuis. In 1964 zijn in totaal 4565 bewoners ontslagen , verplaatst of overleden. Gedeeld op het totale bewoners bestand komt men tot een doorstromingsgetal van 70% (Munnichs , 1967).

b- de ontslagen en overleden bewoners in 1970.

Het ex-bewonersbestand bestond in 1970 voor 56,7% uit overleden en voor 43,3% uit ontslagen bewoners (hierbij zijn dus weer de anderszins verplaatsten inbegrepen) .

Aangezien de verdeling ontslagen overleden bewoners toch een tamelijk grove opdeling is , zullen we hier een meer gespecificeerde tabel van de aard van verplaatsing geven voor de beide onderzoeksjaren.

Tabel 1: De verpleeghuisbewoners in 1964 en 1970 , onderscheiden naar de aard van de verplaatsing in procenten.

aard van de verplaatsing	1964	1970
overleden	54,3	56,7
ontslagen naar eigen woning	27,1	25,3
verplaatst naar verzorgingstehuis	8,8	7,9
verplaatst naar ziekenhuis	5,3	6,3
verplaatst naar andere instelling	1,5	0,8

verplaatst naar ander verpleeghuis	2,5	1,8
verplaatst naar verpl. psych.gest.bej.	-	0,9
verplaatsing onbekend	0,5	0,3

Uit tabel 1 valt af te leiden dat de aard van de verplaatsing niet indikatief is voor een eventuele ontwikkeling van het verpleeghuis in de tussenliggende jaren ; van een verschuiving in de aard der verplaatsing is nauwelijks sprake.

Als belangrijkste diskriminerende variabele tussen ontslagen en overleden bewoners in 1970 komen achtereenvolgens naar voren :

psychische stoornissen , aandoeningen van het bewegingsapparaat , jaar van laatste opname , maligne tumoren en de toezicht- en begeleidingsbehoefte.

Hoofdstuk 4 : Vraagstelling.

Inleiding.

Dit hoofdstuk geeft een beknopt overzicht van de verschillende vragen die voortvloeien uit het historisch overzicht en de bestudeerde literatuur. Omdat we in deze studie voornamelijk het aksent willen leggen op de bewoners hebben we daarnaast zelf enige vragen geformuleerd, die ons relevant lijken en waarvoor we geen direkte aanknopingspunten gevonden hebben in de bestaande literatuur.

We zullen de afzonderlijke vraagstellingen puntsgewijs weergeven :

1- Vergelijking onderzoek 1964 - 1970.

In deelrapport 1 (met betrekking tot de tehuizen) en deelrapport 2 (met betrekking tot de bewoners) van het onderzoek 1970, wordt een vergelijking gemaakt met de gegevens van 1964. Een dergelijke vergelijking zonder meer is echter niet geheel korrekt. Immers het bezwaar geldt ook hier dat de verpleeghuizen voor psychisch gestoorde bejaarden (en dus hun bewoners) in 1964 niet en in 1970 wel in het onderzoek zijn betrokken.

Om dat bezwaar op te heffen hebben we de verpleeghuizen voor psychisch gestoorde bejaarden uit het bestand van 1970 gelicht en als een aparte groep behandeld.

Schematisch kunnen we dit als volgt weergeven :

A . Verpleeghuiskenmerken (A-formulier) :

	1964	1970 b	1970 a
beddenbestand			
personele outillage			
materiele outillage			
enz.			

B . Bewonerskenmerken (B-formulier) :

	1964	1970 b	1970 a
funktie stoornissen			
aandoeningen			
behandeling behoefte			

noot : 1970 a = inklusief verpleeghuizen voor psych.gest.bej.
1970 b = ekslusief verpleeghuizen voor psych.gest.bej.

Wat de verpleeghuiskenmerken betreft (A-formulier) zijn de vergelijkbare items reeds naast elkaar gezet bij de literatuurbespreking (3.9.1.). Dit was reeds daar mogelijk omdat in deelrapport I(1972) de verpleeghuiskenmerken naar bestemming zijn weergegeven. Hierdoor konden de gegevens van de tehuizen bestemd voor de verpleging van psychisch gestoorde bejaarden eruit gelicht worden en buiten beschouwing gelaten worden voor een vergelijking met 1964.

Met betrekking tot de bewonerskenmerken was dat niet zo eenvoudig. In deelrapport II (1974) zijn de bewonerskenmerken namelijk niet opgesplitst naar de bestemming van de verpleeghuizen. Daarom moesten de bewonerskenmerken opnieuw geanalyseerd worden naar de bestemming. Dat gebeurt in hoofdstuk 5.

2- De omvang en bestemming van verpleeghuizen.

In de rapporten van de Federatie van Verpleeginrichtingen voor Langdurig Zieken (1964) en van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid (1965 - 1972 - zie 3.2 en

3.3) wordt een expliciet onderscheid gemaakt in verpleeghuizen voor somatisch zieken , voor psychisch gestoorde bejaarden en gekombineerde verpleeghuizen , mede op grond van een min of meer impliciet onderscheid van bewoners. De vraag naar de zin van een dergelijk onderscheid wordt slechts onvolledig beantwoord , terwijl onderzoeksgegevens ontbreken.

Munnichs (1967) ziet zich genoodzaakt in het onderzoek van de enquête 1964 , dit probleem buiten de studie te houden vanwege het destijds geringe aantal verpleeghuizen voor psychisch gestoorde bejaarden en het karakter daarvan : hun rol in de institutionele gezondheidszorg was nog onvoldoende uitgekristalliseerd.

Leering (1968) voert een aantal theoretische argumenten aan , op grond waarvan hij tot een expliciet onderscheid tussen "mentaal normalen" en "geestelijk gestoorde" komt.

Het onderscheid tussen de verpleeghuizen kan Leering niet bestuderen , omdat hij werkt met hetzelfde materiaal als Munnichs.

Bij het materiaal van 1970 zijn beide mogelijk , omdat hier wel de verpleeghuizen voor psychisch gestoorde bejaarden in het onderzoek betrokken zijn. Daardoor zijn wij in de gelegenheid de indeling van de Centrale Raad te toetsen; met andere woorden om enerzijds na te gaan of de bewoners van de onderscheiden verpleeghuizen ook werkelijk strikt van elkaar verschillen ten aanzien van de onderzochte kenmerken en om anderzijds te onderzoeken of de tehuiskenmerken onderling verschillen .

Daarnaast lijkt het zinvol nog een stap verder te gaan , door namelijk de soort afdeling , waarop de bewoner is geplaatst , als indelingskriterium te onderzoeken : met andere woorden zijn de bewoners van de afdelingen voor psychisch gestoorde ook werkelijk duidelijk te onderscheiden van die van de afdelingen voor somatisch zieken , dit op grond van funktiestoornissen , aandoeningen en achtergrondkenmerken?

Tevens zullen we hierbij de vraag aan de orde stellen of kleine en grote tehuizen in de genoemde opzichten van elkaar verschillen. Dit mede omdat we dit als criterium hanteren bij de samenstelling van de steekproef (1970) voor de heranalyse.

De gegevens van het onderzoek 1974 (zie 5-) bieden een belangrijke aanvullende informatie voor deze toetsing qua omvang en bestemming.

3- Schaalbaarheid funktiestoornissen.

Het proefschrift van Leering (1968) handelt over de structuur van de ADL en de relaties met andere funktiestoornissen en aandoeningen. Vanwege de argumenten in paragraaf 3.8 zullen wij opnieuw de structuur van de ADL nagaan, maar nu volgens een mathematisch model (Guttman, in Felling, 1971).

We gebruiken hierbij het gereduceerde databestand 1970 en het sample van 1974. Voorts toetsen we niet alleen de ADL op unidimensionele schaalbaarheid, maar ook de andere funktiestoornissen.

Indien funktiestoornissen schaalbaar blijken worden deze schalen in verband gebracht met andere gegevens van de bewoner; zoals aandoeningen, behandelingsbehoefte en achtergrondvariabelen. Hierbij vragen wij ons af of er verschillen bestaan tussen somatisch zieken en psychisch gestoorde 1).

4- Multivariate structuur van funktiestoornissen en aandoeningen (1970-1974).

Naast de bovenbeschreven univariate aanpak zullen we eveneens een multivariate ingang kiezen, om nog duidelijker inzicht te krijgen in een eventuele structuur van funktiestoornissen, aandoeningen en behandelingsbehoefte.

1) Voor alle duidelijkheid geven wij evenals Leering (1968) de voorkeur aan de term psychisch gestoorde in plaats van psychisch gestoorde bejaarden, aangezien in alle soorten verpleeghuizen psychisch gestoorde jonger dan 65

Ook deze aanpak wordt uitgevoerd op de gereduceerde dataset 1970 en , als toets, nogmaals op de steekproef 1974 , voor somatisch zieken en psychisch gestoorden afzonderlijk.

5- Multivariate structuur van gedragsbeoordelingen.

Naast de meer klinische gegevens (B - formulier) zijn in het onderzoek 1974 tevens gedragsbeoordelingen opgenomen in de vorm van de Beoordelingsschaal voor Oudere Patientten (zie ook hoofdstuk 5). Aan de hand van deze gegevens zullen we nagaan of er in dit opzicht onderscheid te maken is tussen somatisch zieken en psychisch gestoorden. Tevens hebben we de gelegenheid dit instrument te toetsen , door na te gaan of eenzelfde structuur gevonden wordt als bij de oorspronkelijke konstruktie (v.d.Kam et al , 1971).

6- Relatie gedragsbeoordelingen - "klinische" gegevens.

We vragen ons af in hoeverre gedragsobservaties samenhangen met funktiestoornissen , aandoeningen en behandelingsbehoefte. Hiertoe zullen we de BOP-gegevens in verband brengen met het B-formulier.

7- Verschillen van gedragsbeoordelingen over tijd.

Met behulp van de BOP zullen we nagaan in hoeverre vooruitgang c.q. achteruitgang tussen de eerste waarneming 1974 en de tweede waarneming 1974 heeft plaats gevonden.

Deze eventuele verandering kunnen we in verband brengen met onder andere het reaktiveerbaarheidsoordeel en met een klassifikatie door de arts (reaktiveerbaar, chronisch, terminaal) van de bewoner.

8- Typologie van bewoners.

In de vraagstellingen 4- en 5- zijn we op zoek naar een structuur van gegevens (over een groot aantal bewoners). Het lijkt echter zeker eveneens zinvol te zoeken naar een typologie van individuele bewoners (over een groot aantal gegevens). Met andere woorden we vragen ons af of het mogelijk is de plaats van een bepaalde bewoner vast te stellen ten opzichte van zijn medebewoners op basis van een aantal kenmerken.

Die plaats van een bewoner proberen we te bepalen, enerzijds binnen het tehuis waar hij verblijft, anderzijds binnen de steekproef van de bewoners van de zeven verpleeghuizen.

Bij een analyse over verschillende verpleeghuizen stellen we de vraag of de bewoners van de verpleeghuizen bestemd voor de verpleging van psychisch gestoorde bejaarden een andere plaats innemen in de afbeeldingsruimte dan de bewoners die verblijven in de verpleeghuizen bestemd voor de verpleging van somatisch zieken. De Q- typologie van de bewoners per verpleeghuis is vooral van belang voor het verpleeghuis zelf. Hierdoor is bv. een betere indeling van de bewoners mogelijk; naar afdeling, soort gestoordheid etc.

9- De ontslagen en overleden bewoners.

Tot nog toe hebben we ons bezig gehouden met bewoners die in het verpleeghuis aanwezig zijn. Het lijkt eveneens interessant stil te staan bij die bewoners die ontslagen worden of zijn overleden. De vraag hoe deze twee groepen te karakteriseren zijn, en dus in hoeverre ontslag of overlijden te voorspellen zijn, zullen we aan de hand van de onderzoeksgegevens 1974 proberen te beantwoorden.

De manier waarop we de verschillende vraagstellingen gaan operationaliseren en uitwerken wordt in het volgende hoofdstuk (5.3) beschreven.

Hoofdstuk 5 : Werkwijze.

Inleiding.

De in hoofdstuk 4 genoemde vraagstellingen hebben we op de volgende manier aangepakt : allereerst hebben we op grond van de literatuur en eigen onderzoek verschillende vragenlijsten samengesteld of cvergenomen die we onder 5.1. "het onderzoeksmateriaal" zullen beschrijven ; tevens komt de manier van gegevensverzameling hier aan de orde. Vervolgens zullen we onder 5.2. "de steekproefbeschrijving" aangeven welke verpleeghuizen en bewoners in de diverse onderzoeksjaren hebben meegedaan. Tenslotte wordt in 5.3. "de procedure" in het kort beschreven welke analyse methode we bij de verschillende vraagstellingen toepassen. Een meer volledige beschrijving van de afzonderlijke technieken komt bij de behandeling van de betreffende vraagstelling aan de orde door middel van een uitgewerkt voorbeeld.

5.1. Het onderzoeksmateriaal.

Ter inwinning van de gegevens maakten we gebruik van verschillende vragenlijsten , in de vorm van machinaal leesbare formulieren. Op deze wijze werd enerzijds een grote hoeveelheid werk bespaard , anderzijds werd een belangrijke foutenbron uitgeschakeld. We zullen de vragenlijsten hier in het kort bespreken:

a- Algemene gegevens betreffende de verpleeghuizen in Nederland (A - formulier).

In dit formulier wordt informatie ingewonnen over het karakter van het verpleeghuis , het aantal bewoners , de doorstroming in de tehuizen , de relaties van het verpleeghuis met andere gezondheidszorginstellingen , evenals uitvoerige informatie over het kwalitatitieve en kwantitatieve personeelsbestand en de materiele outillage van het verpleeghuis (zoals ruimtes voor de verschillende therapieen , instrumentarium etc.).

b- Karakteristieken van verpleeghuisbewoners (B - formulier).

Deze betreffen een aantal demografische variabelen , zoals geslacht ,

burgerlijke staat en verpleegperiode. Voorts vraagt het naar een aantal funktiestoornissen en naar gedetailleerde informatie omtrent de multiple pathologie van de individuele bewoner. Hier zijn de vragen van 1964 , 1970 en 1974 volledig identiek gesteld.

c- Karakteristieken van ontslagen en overleden bewoners (C - formulier).

Hierbij is voornamelijk geïnformeerd naar de aard van de verplaatsing , psychische stoornissen en aandoeningen. Over deze groepen zijn minder gegevens ingewonnen dan over de feitelijke aanwezige bewoner (B - formulier) ; met name de funktiestoornissen zijn niet gevraagd van de overleden en ontslagen bewoners.

De informatie van deze drie vragenlijsten is voor wat betreft de achtergrondgegevens afkomstig van de status (ingevuld door de administratie) terwijl de medische gegevens verstrekt zijn door de arts.

De drie bovengenoemde formulieren zijn ontworpen door de enquetekommissies 1964 en 1970 (zie Munnichs , 1967 en Wimmers , 1975).

d- De Beoordelingsschaal voor Oudere Patienten (BOP) .

De sectie Sociale Gerontologie van het Nederlands Instituut voor Psychologen heeft reeds in 1968 het belang van gedragsbeoordelingen ingezien , vooral bij oudere mensen die opgenomen zijn in instituten als verpleeghuizen en psychiatrische ziekenhuizen. Door drie leden van de Sectie werd de Amerikaanse Stockton Geriatric Rating Scale vertaald en bewerkt tot de Beoordelingsschaal voor Oudere Patienten (v.d. Kam et al, 1971). Deze schaal doet een beroep op de observaties en beoordelingen van het verplegend personeel . Zij maken immers deze bewoners iedere dag mee in hun doen en laten.

De 35 items van de schaal die geskoord zijn op een drie-puntsschaal zijn langs factoranalytische weg verdeeld over vier subschalen , te weten :

- schaal I : Algemene hulpbehoefendheid.

deze bevat 23 van de 35 items en beschrijft een veelheid van gedrags

stoornissen ; desorientatie , gestoorde kommunikatie , inaktiviteit , inkontinentie , stereotiep gedrag , onrust en stoornissen met betrekking tot de ADL-functie. Ondanks hun diversiteit zeggen deze items alle iets over de mate waarin de bewoner psychisch en of lichamelijk van anderen afhankelijk is.

- schaal II : Agressiviteit.

deze schaal bevat 5 items die allen te maken hebben met agressief gedrag.

- schaal III : (Geestelijke en lichamelijke) Invaliditeit en depressiviteit.

deze schaal die 10 items bevat is als volgt onderverdeeld :

III a ; lichamelijke invaliditeit ,

III b ; depressiviteit ,

III c ; psychische invaliditeit (orientatie- en kommunikatiestoornissen).

- schaal IV : Inaktiviteit.

De 7 items van deze subschaal komen voor het merendeel ook in schaal I voor. Niettemin is dit aspect kennelijk uitgesproken genoeg om ook nog eens als een aparte faktor op te treden.

5.2. Steekproefbeschrijving 1).

Zoals in het voorgaande reeds enigszins werd aangeduid (hoofdstuk 3) , hebben we gewerkt met verschillende steekproeven , die we in de volgende hoofdstukken met elkaar zullen gaan vergelijken (zie ook 5.3.; procedure).

De steekproeven rangschikken we naar de tijd van afname als volgt ;

a- alle verpleeghuizen en hun aanwezige bewoners in Nederland in 1964 , met uitzondering van de enkele verpleeghuizen voor psychisch gestoorde bejaarden.

1) Voor alle duidelijkheid moet gezegd worden, dat het woord "steekproef" in deze studie niet gebruikt wordt in de zin van aselekte steekproef (dus geen waarschijnlijkheidssteekproef) . In deze studie zijn het beredeneerde steekproeven. Dit heeft eveneens gevolgen voor de interpretatie van het begrip

De ingewonnen tehuisgegevens (A-formulier) zijn afkomstig van 124 tehuizen (met een totaalkapasiteit van 9810 bedden 1)). De bewonersgegevens (B-formulier) betreffen in totaal 6513 personen (ofwel 75% van de bewoners van 101 tehuizen 2)).

b- nagenoeg alle verpleeghuizen (95%) ,zowel die voor somatisch zieken als die voor psychisch gestoorde bejaarden , en hun bewoners in Nederland in 1970. Het aantal meewerkende tehuizen bedroeg 215 (met een totaal capaciteit van 24510 bedden (A-formulier)). De ingewonnen gegevens met betrekking tot de bewoners (B-formulier) betreffen in totaal 17344 personen (afkomstig uit 168 van deze tehuizen).

c- Een steekproef van de tehuizen en bewoners van 1970 (b-) . Deze steekproef werd door middel van de volgende drie selectiekriteria verkregen: 1- een minimumaantal van honderd bewoners per tehuis , analoog aan het criterium voor een voorlopige erkenning door beleidsinstanties (Advies Verpleeghuizen , 1972). Hierdoor vielen 87 tehuizen en 6256 bewoners af. 2- de eis van volledige informatie over het nagenoeg complete bewonersbestand. Die tehuizen die slechts over een deel van hun bewoners gegevens hadden verschaft zijn buiten de steekproef gelaten. Het is immers mogelijk dat onvolledige gegevens , bijvoorbeeld over slechts een afdeling het totaalbeeld van het tehuis niet juist zouden weergeven. Hierdoor vielen 77 tehuizen en 8063 bewoners af. 3- Een minimum-leeftijd van de bewoners van 40 jaar. Enkele tehuizen hadden namelijk een kinderafdeling waardoor een vergelijking-zonder-meer met andere tehuizen niet mogelijk was. Daarom zijn de jongere bewoners van alle tehuizen niet in de analyse betrokken . Door deze maatregel vielen nog eens 719 bewoners uit. Van het begin-totaal van 24510 bleven aldus 9472 bewoners over. Het aantal tehuizen daalde van 215 naar 61.

1) Bij deze 124 verpleeghuizen zijn 19 niet "voorlopig erkende" verpleeghuizen inbegrepen.

2) Bij het B-formulier zijn de niet "voorlopig erkende" verpleeghuizen buiten

- d- Bij een negental verpleeghuizen , namelijk de verpleeghuizen in Nederland die een psycholoog in dienst hadden (hebben) , werd in januari 1974 een onderzoek gehouden , waarbij ook de gedragsbeoordelvragenlijst werd benut (vandaar de inschakeling van de verpleeghuispsychologen). Deze 9 tehuizen telden 1494 bewoners . De verdeling naar bestemming van de tehuizen was conform de indeling gehanteerd in het Advies Verpleeghuizen (1972) ;
- 3 tehuizen bestemd voor de verpleging van somatisch zieken ,
- 3 tehuizen bestemd voor de verpleging van psychisch gestoorde bejaarden,
- 3 tehuizen met een gekombineerde verpleging.
- e- Het onder d- genoemde onderzoek werd in april 1974 herhaald. Twee verpleeghuizen vielen af 1)
- f- de in het betreffende kalenderjaar ontslagen en overleden bewoners (C-formulier) van de onder a- genoemde tehuizen (1964). Hun gezamenlijk aantal bedroeg in totaal 4565 van in totaal 100 verpleeghuizen. In het rapport "Het Verpleegtehuis in Ontwikkeling "(1967) is op praktische gronden geen onderscheid gemaakt in ontslagen en overleden patienten.
- g- De ontslagen en overleden bewoners van de groep verpleeghuizen onder b- (1970). Totaal 5559 ontslagen en 7251 overleden bewoners , uit in totaal 171 verpleeghuizen.
- h- De ontslagen en overleden bewoners van d- (1974). De respektievelijke aantallen zijn hier 77 ontslagen en 99 overleden bewoners. Voor de volledigheid vermelden we hier dat het slechts gaat om een termijn van drie maanden.

Ter wille van de duidelijkheid zullen we in het vervolg aan de diverse steekproeven refereren door middel van het onderzoeksjaar ; dus voor a- tot en met e- : '64, '70a, '70b, '74a, '74b. Als we het hebben over overleden en

1) Het verpleeghuis St. Jansgeleen viel af door vertrek van de verpleeghuispsycholoog ,terwijl de Stichtse Hof afviel door kwijtraken van ingestuurde formulieren vanwege gedeeltelijke bezetting van een deel van de

ontslagen bewoners , dus over f- , g- en h- zullen we het betreffende jaartal expliciet vermelden.

Tabel 2 : Overzicht van de steekproeven in 1964 , 1970 en 1974 , onderscheiden naar gebruikte methode , omvang en bestemming.

	steekp	lijst	tot.teh.	som.	gek.	ps.g.	tot.bew.	som.	gek.	ps.g.
a	1964	A-form	124		124	-	9810		9810	-
		B-form	101		101	-	6513		6513	-
b	1970a	A-form	215		124	56	35		24510	12591
		B-form	148		73	46	29		16447	7513
c	1970b	A-form	61		26	22	13		10191	4153
		B-form	61		26	22	13		9472	3648
d	1974a	B-form	9		3	3	3		1492	484
		BOP	8		3	2	3		1405	484
e	1974b	BOP	7		3	2	2		1001	401
f	1964	C-form	100		100	-	4565		4565	-
g	ont '70	C-form	171		93	48	30		5559	3409
	ovl '70	C-form	171		93	48	30		7251	3635
h	ont '74	C-form	7		3	2	2		77	49
	ovl '74	C-form	8		3	2	3		99	20

Verklaring:

- steekp ; steekproef
- lijst ; de afgenomen vragenlijsten
- tot.teh ; totaal aantal deelnemende tehuizen
- som. ; deelnemende (bewoners van) somatische verpleeghuizen
- gek. ; deelnemende (bewoners van) gekombineerde tehuizen
- ps.g. ; deelnemende (bewoners van) verpleeghuizen voor psychisch gestoorde bejaarden
- ont. ; ontslagen bewoners
- ovl. ; overleden bewoners.

Om een indruk te geven van de samenstelling van de bewoners bij de verschillende steekproeven geven we hier een overzicht aan de hand van twee demografische kenmerken : geslacht en burgerlijke staat.

Tabel 3 : De bewoners (1964), onderscheiden naar geslacht en burgerlijke staat.

geslacht burg.staat	mannen		vrouwen		totaal	
	abs.	perc.	abs.	perc.	abs.	perc.
gehuwd	710	32	775	18	1485	23
weduwstaat	778	35	2210	51	2988	46
gescheiden	52	3	123	3	175	3
ongehuwd	656	30	1209	28	1865	28
totaal	2196	33,7	4317	66,3	6513	100%

Tabel 4 : De bewoners (1970A), onderscheiden naar geslacht en burgerlijke staat.

geslacht burg.staat	mannen		vrouwen		totaal	
	abs.	perc.	abs.	perc.	abs.	perc.
gehuwd	2120	36,9	2161	18,7	4281	24,7
weduwstaat	2249	39,1	6531	56,4	8780	50,7
gescheiden	186	3,2	357	3,0	543	3,1
ongehuwd	1190	20,7	2518	21,7	3708	21,4
totaal	5745	33,1	11567	66,9	17312	100%

Tabel 5 : De bewoners (1970B), onderscheiden naar geslacht en burgerlijke staat.

geslacht burg.staat	mannen		vrouwen		totaal	
	abs.	perc.	abs.	perc.	abs.	perc.
gehuwd	1299	41,6	1314	20,7	2613	27,6
weduwstaat	1142	36,6	3617	56,9	4759	50,2
gescheiden	106	3,4	210	3,3	316	3,3
ongehuwd	572	18,3	1212	19,1	1784	18,8
totaal	3119	32,9	6353	67,1	9472	100%

Tabel 6 : De bewoners (1974A), onderscheiden naar geslacht en burgerlijke staat.

geslacht burg.staat	mannen		vrouwen		totaal	
	abs.	perc.	abs.	perc.	abs.	perc.
gehuwd	214	41,6	208	21,4	422	28,4
weduwstaat	178	34,6	585	60,3	763	51,4
gescheiden	18	3,5	29	3,0	47	3,2
ongehuwd	104	20,3	148	15,3	252	17,0
totaal	514	34,6	970	65,4	1484	100%

5.3. De procedure.

Hieronder geven we puntsgewijs een overzicht van de bij de verschillende vraagstellingen gehanteerde analysetechnieken. In veel gevallen zal het hieronder uiteengezette duidelijker worden als de betreffende analyse resultaten aan de orde komen.

Vraagstelling 1 : Vergelijking bewonerskarakteristieken 1964-1970.

Om de gegevens van de beide onderzoeksjaren vergelijkbaar te maken, hebben we uit het totale bestand van 1970 de bewoners van de tehuizen voor psychisch gestoorde bejaarden buiten beschouwing gelaten. Een vergelijking van het bewonersbestand 1964-1970 gebeurt per variabele op percentage-niveau.

Vraagstelling 2 : De omvang en bestemming van verpleeghuizen.

a- de omvang van het verpleeghuis.

Hierbij zullen we nagaan of de bewonerskenmerken van grote verpleeghuizen (meer dan 100 bewoners) verschillen van kleine verpleeghuizen (tot 100 bewoners) . We doen dit met behulp van discriminantanalyse (Cooley en Lohnes , 1971). Deze analysetechniek is een vorm van multivariate analyse ; d.w.z. dat alle onafhankelijke variabelen tegelijkertijd in het proces betrokken worden (dus niet paarsgewijs zoals bij bivariate technieken , als chi-kwadraat) . Uit het totaal van deze onafhankelijke variabelen worden dan de variabelen geselecteerd die het verschil in de afhankelijke variabele (in dit geval de omvang van het verpleeghuis) verklaren 1).

b- de bestemming van het verpleeghuis.

1) "Verklaren" moet in deze studie niet begrepen worden als causaliteit, of als noodzakelijke voorwaarde tot. De analysemodellen die wij gebruiken zijn allen geen causaliteitsmodellen, maar deterministische. Binnen een gegeven set variabelen kan men wel onderzoeken of er en in welke mate een relatie bestaat

Om na te gaan of de verpleeghuizen voor somatisch zieken verschillen van de verpleeghuizen voor psychisch gestoorde bejaarden hebben we voor twee verscheidene benaderingswijzen gekozen :

1- de tehuiskenmerken (personele en materiele outillage).

Deze kenmerken worden met elkaar vergeleken voor de twee onderscheiden categorieën door middel van een discriminantanalyse.

2- de bewonerskenmerken (achtergrondvariabelen , funktiestoornissen en aandoeningen) . Deze worden eveneens met elkaar vergeleken door middel van een diskriminant analyse.

c- de afdeling van het verpleeghuis.

De opsplitsing in somatisch zieken en psychisch gestoorde op grond van de bestemming van de verpleeghuizen waar de betreffende bewoner verblijft is niet zuiver genoeg. Verderop blijkt dat ook in somatische verpleeghuizen vele psychisch gestoorde verblijven. Om deze reden nemen we hier de afdeling onder de loupe om na te gaan of deze wellicht een beter criterium vormt dan de bestemming van de verpleeghuizen . Daartoe hebben we de afdeling als afhankelijke variabele in een Automatic Interaction Detector (AID) analyse bestudeerd. Deze methode is vergelijkbaar met een stapsgewijze regressieanalyse. Hier is min of meer willekeurig gekozen voor de AID. Als onafhankelijke variabelen nemen we funktiestoornissen , aandoeningen en achtergrondvariabelen van de bewoner. Met behulp van de AID is het mogelijk na te gaan welke van de onafhankelijke variabelen aanduiden dat een bepaalde groep bewoners op een afdeling voor somatisch zieken vertoeft (Sonquist , 1970 ; Morgan & Sonquist, 1963 ; Morgan & Messenger, 1973 ; Palmore, 1971).

Op grond van aanwijzingen in Munnichs (1967) en Leering (1968) zullen we bij deze en volgende vraagstellingen de analyses afzonderlijk verrichten voor somatisch zieken en psychisch gestoorde. Voor dit onderscheid hanteren we verschillende criteria:

a- de afdeling waar de bewoner verblijft (bekend van het B-formulier). We kozen hier de afdeling als criterium en niet de bestemming van het verpleeghuis , omdat zoals we bij de analyseresultaten van de vraagstelling van 1.c. zullen zien de afdeling een beter criterium vormt dan het laatstgenoemde. Op grond van de aard van de afdeling delen we dus de bewoners in naar psychisch gestoorden en somatisch zieken. Aangezien ook deze indeling niet geheel sluitend zal blijken te zijn , omdat ook op afdelingen voor somatisch zieken psychisch gestoorden verblijven , pasten we daarnaast het criterium toe van ;

b- het oordeel van de arts (eveneens B-formulier ; vraag "is de patient psychisch gestoord"). Ook op grond van dit oordeel kunnen we de verpleeghuisbewoners in de twee genoemde groepen verdelen. Om de groepen zo homogeen mogelijk te doen zijn , gebruikten we daarnaast nog een derde criterium ;

c- een combinatie van criterium a- en b- . Een bewoner die op grond van dit criterium bv. psychisch gestoord wordt genoemd , verblijft dus op een afdeling voor psychisch gestoorden en wordt tevens door de arts als psychisch gestoord beoordeeld.

Ter verduidelijking van het voorgaande geven we de verschillende criteria en de aantallen bewoners die daaraan beantwoorden in een schema weer:

Tabel 7 : Steekproef (1970B) van bewoners onderscheiden naar afdeling en oordeel arts

kriterium afdeling	kriterium : oordeel arts			
	psychisch gestoord			totaal
	ja	nee	onbekend	
afd. som.zieken	1192	4186 #	31	5409
afd. ps.gestoord	2757 @	60	17	2834
gekombineerd	567	599	3	1169
onbekend	15	44	1	60
totaal	4531	4889	52	9472

@ : deze groep noemen we de psychisch gestoorden

Vraagstelling 3 : Schaalbaarheid funktiestoornissen.

De funktiestoornissen hebben we op grond van de indeling zoals die in Munnichs (1967) wordt gehanteerd , opgedeeld in 4 groepen:

- a) verplegingsbehoefte : contracturen, paralyzen, amputaties, katheter en decubitus,
- b) verzorgingsbehoefte (ADL-stoornissen) : baden, toilet, douchen, zich wassen,
- c) psycho - sociale stoornissen : psychische stoornis , sociale onaangepastheid en toezicht- en begeleidingsbehoefte,
- d) gestoorde milieu - activiteiten : bed opmaken , kamer schoonhouden , eten koken en boodschappen doen .

Deze groepen zullen afzonderlijk op schaalbaarheid worden getoetst. Daartoe gebruiken we de unidimensionele schalingstechniek van Guttman (in Felling , 1971). Deze techniek onderzoekt :

- a- of een groep items hetzelfde onderliggende konsept meet ; met andere woorden of er sprake is van unidimensionaliteit ,
- b- op welke manier de items zodanig te rangschikken zijn , dat een oplopende schaal ontstaat , waarop men de bewoners eenduidig kan scoren.

Vraagstelling 4 : Multivariate structuur van funktiestoornissen en aandoeningen. Naast de unidimensionele aanpak bij vraagstelling 3 , waarbij we zijn uitgegaan van de voorindeling (a priori groepering) , zullen we de "klinische gegevens" van de bewoner (B-formulier) ook aan een multidimensionele techniek onderwerpen, namelijk het SSA model (Smallest Space Analysis ; Bailey, 1974 ; Roskam & Lingoes, 1970 ; Roskam, 1970).

Deze techniek brengt, evenals bv. factoranalyse een reductie tot stand van een groot aantal eenzinnige variabelen tot een klein aantal complexe factoren. Een

SSA de data groepeerde op 2 a 3 dimensies , terwijl factoranalyse vaak 4 - 10 factoren nodig heeft voor een bevredigende oplossing. Daarnaast zijn er nog een aantal zuiver technische voordelen : de juistheid van de oplossing kan geëvalueerd worden door de stressmaat. Het meetniveau van de afzonderlijke variabelen behoeft niet zoals bij factoranalyse op intervalniveau te liggen. Het SSA model is in de laatste jaren in toenemende mate met succes gehanteerd in de sociale wetenschappen (Roskam, 1968 ;Swanborn, 1973).

De beloofde techniek voeren we in eerste instantie uit op gegevens van de gereduceerde dataset 1970.

In 1974 wordt dit herhaald ; voor beide onderzoeksjaren gebeurt deze analyse gescheiden voor somatisch zieken en psychisch gestoorde.

Vraagstelling 5 : Multivariate structuur van gedragsbeoordelingen.

Op de eerste plaats pasten we op de gegevens factoranalyse toe om na te gaan of de schaal een overeenkomstige structuur te zien zou geven als bij de konstruktie ervan (v.d.Kam et al , 1971). Om een eventuele overeenkomst te onderzoeken is gebruik gemaakt van een rotatieprogramma. Vervolgens hebben we op de gegevens ook een SSA uitgevoerd en wel om de volgende twee redenen :

a- om na te gaan of de structuur van het geobserveerde gedrag , zoals we die vinden met behulp van SSA enige overeenkomst heeft met de oplossing die we vinden door middel van factoranalyse.

b- de SSA biedt een meer inzichtelijke oplossing met visuele interpretatiemogelijkheid.

Vraagstelling 6 : Relatie gedragsbeoordelingen en klinische gegevens.

Om te bestuderen welke samenhangen er bestaan tussen gedragsbeoordelingen enerzijds en funktiestoornissen , aandoeningen en reaktiveerbaarheid anderzijds , maakten we het gedrag tot afhankelijke variabelen in een AID- analyse (zie ook vraagstelling 2c-).

Vraagstelling 7 : Verschillen van gedragsbeoordelingen over tijd.

In 1974 werd in januari en april bij dezelfde bewoners de BOP afgenomen. Om na te gaan welke verschillen in die drie maanden zijn opgetreden, hebben we de eerste waarneming tegen de tweede waarneming afgezet in een polynome regressieanalyse. Regressieanalyse is een methode die het mogelijk maakt de relatie tussen een set onafhankelijke variabelen en een afhankelijke variabele te bestuderen, waarbij rekening wordt gehouden met de onderlinge relaties van de onafhankelijke variabelen (Cooley en Lohnes, 1971).

Vraagstelling 8 : Typologie van bewoners.

De in vraagstelling 3 beschreven SSA techniek, die daar werd toegepast om structuur te zoeken tussen gegevens, is ook toe te passen ter karakterisering van bewoners. Daartoe wordt de datamatrix omgekeerd. De mate van overeenkomst van bewoners wordt gemeten volgens de G-index (zie bijlage).

Vraagstelling 9 : De ontslagen en overleden bewoners.

Die bewoners welke in de tweede waarneming 1974 niet meer in het verpleeghuis aanwezig zijn (na de genoemde drie maanden) te onderscheiden in ontslagen bewoners en overleden bewoners (bekend van het C-formulier). Tot de ontslagen bewoners, bij deze vraagstelling, rekenen we uitsluitend die bewoners welke teruggekeerd zijn naar hun eigen woning of verplaatst zijn naar een verzorgingstehuis. Die bewoner welke naar een ziekenhuis, naar een ander verpleeghuis of anderszins verplaatst is laten we buiten beschouwing. Dit hebben we gedaan om een betere polarisatie te krijgen, een versterkte homogeniteit van de twee groepen; ontslagen c.q. herstelden en overleden bewoners.

Om na te gaan of, en zo ja welke verschillen er bestaan tussen ontslagen en overleden bewoners over de gevraagde gegevens hebben we een multiple discriminant analyse uitgevoerd (zie ook vraagstelling 2). Deze procedure werd eveneens toegepast op de volgende drie groepen: ontslagen bewoners, blijvers

en overledenen om te onderzoeken in hoeverre het ontslag of het overlijden te voorspellen is , op grond van de gemeten eigenschappen van de blijvers.

Hieronder volgt bij wijze van samenvatting een overzicht van de respektievelijk toegepaste analyse methoden bij de negen vraagstellingen.

Tabel 8: De verschillende vraagstellingen onderscheiden naar analysetechnieken.

	1	2	3	4	5	6	7
	AID	DCA	GTA	SSA	FCA	RGa	PCN
vraag 1; vergl. 1964-1970							*
vraag 2; omvang-best-afd	*	*					
vraag 3; schaal funkties	*		*				
vraag 4; multiv. funkties				*			
vraag 5; strukt. gedragsb				*	*		
vraag 6; relatie gedrag	*						
vraag 7; BOP over tijd						*	
vraag 8; multiv. bewoners				*			
vraag 9; ex-bewoners		*					

- 1-AID = automatic interaction detector
- 2-DCA = multiple discriminant analyse
- 3-GTA = Guttman schaal analyse
- 4-SSA = smallest space analysis
- 5-FCA = factor analyse
- 6-RGA = polynome regressie analyse
- 7-PCN = vergelijking van percentages

Hoofdstuk 6 : Vergelijking bewonerskarakteristieken 1964-1970 (B-formulier).

Inleiding.

De volledige cijfers met betrekking tot de vergelijking van bewonerskenmerken 1964-1970 zijn opgenomen in bijlage I. In die tabel zijn eveneens de cijfers van het totale bewonersbestand 1970 , dus inclusief de bewoners van de tehuizen voor psychisch gestoorde bejaarden , opgenomen (1970a) en ook de aantallen van het heranalyse-onderzoek 1970 (steekproef 1970b) en die van 1974.

In al deze gevallen zijn de percentages weergegeven , zoals dit ook is geschied in de rapporten over de beide enquetes 1964 en 1970.

De vergelijking zoals die reeds te vinden was in deelrapport 2 en het eindrapport van het onderzoek 1970 , is zoals we reeds eerder hebben beargumenteerd , niet geheel juist weergegeven (vanwege het effect van de bewoners van tehuizen voor psychisch gestoorde bejaarden) en onvolledig weergegeven (d.w.z. de vergelijking is niet voor alle variabelen opgenomen).

Naar een aantal (6) items van de vragenlijst van 1970 is in 1964 niet gevraagd. Een vergelijking is dus uiteraard niet mogelijk (zie de tabel in de bijlagen). Over deze tabel willen we nog opmerken dat de cijfers van het sample 1974 slechts met de nodige voorzichtigheid te vergelijken zijn met de overige, aangezien het hier een betrekkelijk kleine steekproef van tehuizen betreft , een feit waarmee we ook bij de interpretatie van verdere analyseresultaten rekening moeten houden.

In dit hoofdstuk zullen we ons ertoe beperken die variabelen weer te geven en te bekomentarieren , waarbij ofwel een belangrijk verschil tussen de beide onderzoeksjaren is gekonstateerd , ofwel een verwachte verandering al of niet is opgetreden.

Methode

De vergelijking van de bewonerskarakteristieken geschiedt op percentageniveau.

Bij de behandeling van de items hebben we deze opgedeeld in drie blokken , te weten ; achtergrondgegevens , funktiestoornissen en aandoeningen (Voor een korte beschrijving van de aandoeningen zie Leering, 1968). Binnen de funktiestoornissen hebben we de volgende (gangbare) onderverdeling gehanteerd : contactstoornissen , verzorgingsbehoefte , verplegingsbehoefte en psychosociale stoornissen.

Resultaten.

A- Achtergrondkenmerken ;

- 1- Geslacht : In 1964 was de verhouding mannen/vrouwen 34% en 66% ; in 1970 was deze 33,1% en 66,9% . Van een verschuiving is dus nauwelijks sprake. Nog steeds spelen kennelijk (onbekende) factoren een rol die deze scheve verhouding veroorzaken ; de demografische kenmerken van de populatie (respektievelijk 43,8% en 56,2% in de groep ouder dan 65 jaar ; zie de Mast et al, 1972) zijn hiervoor geen afdoende verklaring.
- 2- Burgerlijke staat : In 1970 valt in vergelijking met 1964 een sterke afname van het percentage ongehuwde bewoners te signaleren (van 28% in 1964 naar 22,2% in 1970). Gedeeltelijk wordt dit verklaard door een verschuiving in de populatie (namelijk van 10,4% in 1960 naar 9,6% in 1971 ; zie de Mast et al, 1972). Overigens valt hieruit ook af te leiden dat de vertegenwoordiging van de ongehuwden in het verpleeghuis in beide jaren onevenredig groot is in vergelijking met de populatie.
- 3- Leeftijd : De leeftijd is ten aanzien van veranderingen in de tussenliggende onderzoeksjaren in drie groepen op te splitsen:
 - de jongere groep (0-65 jaar) was in 1964 sterker vertegenwoordigd (23%) dan in 1970 (16,7%) .
 - de middengroep (65-79 jaar) blijft relatief konstant ; in 1964 39% en in 1970 39,9%.
 - de oudere groep daarentegen is in 1970 sterker vertegenwoordigd, in

1964 met 38% en in 1970 met 43,4%.

4- Afstand woonplaats tot verpleeghuis : Het percentage bewoners dat uit dezelfde gemeente afkomstig is als waarin het verpleeghuis is gevestigd is toegenomen (respektievelijk 43% en 50,7%). Als mogelijk verklaringen zijn te noemen:

- het aantal verpleeghuizen in Nederland is inmiddels toegenomen , en mede daardoor is een betere spreiding over de gemeenten tot stand gekomen (De Jong , in :Jaarverslagen Geneeskundige Hoofdinspectie , 1968 - 1970).
- een betere opnamepolitiek , waardoor de bewoners in de eigen gemeente het eerst in aanmerking komen voor een opname.

5- Verblijfplaats voor opname : Hierbij valt op dat de rol van het ziekenhuis als plaats van herkomst sterk aan betekenis heeft gewonnen , te weten 25% en 36% in respektievelijk 1964 en 1970 , terwijl minder bewoners rechtstreeks vanuit de eigen woning in het verpleeghuis worden opgenomen (respektievelijk 54% en 46,6%). Als mogelijke verklaringen worden zoal genoemd :

- een toename van de komplekse invaliderende invloeden , zoals verkeersongevallen , hart- en vaatziekten en ongevallen in eigen woning. Hierdoor wordt waarschijnlijk vaker in eerste instantie het ziekenhuis ingeschakeld.

- het ziekenhuis wordt steeds meer een op acute aandoeningen en ziekten gericht instituut , dat liefst zo snel mogelijk (mede door de hoge kosten) , langdurige en op korte termijn perspektief minder succesvolle patienten afstoot naar het verpleeghuis. Vandaar wellicht dat de bijdrage van het ziekenhuis tot het verpleeghuisbewoners- bestand steeds toeneemt.

- Vandaar dat men misschien ook mag stellen dat het ziekenhuis meer bijdraagt tot het imago van het verpleeghuis , dan bijvoorbeeld het verzorgingstehuis (waarvan slechts respektievelijk 11% en 10%, van de

verpleeghuisbewoners komt). Met andere woorden het verpleeghuis vertoont meer verwantschap met het algemene ziekenhuis dan met het verzorgingstehuis.

- de rol van de huisarts in deze opname-strategie blijft onduidelijk. In de beide onderzoeken is hierover geen informatie ingewonnen.

6- Jaar van laatste opname (het jaar waarin de bewoner in het verpleeghuis is opgenomen): hieruit valt af te leiden dat geen noemenswaardige verandering is opgetreden. Wel is in de tussenliggende jaren in enige mate sprake geweest van een differentiatie tussen de verpleeghuizen onderling op grond van de verpleegperiode. Het overall-effekt is echter gelijk gebleven.

B. Funktiestoornissen.

1- Kontaktstoornissen: Hierbij valt een aanzienlijke toename van de stoornissen te signaleren:

- visus (hinderlijk gestoord tot blind; respektievelijk 14% in 1964 en 21,1% in 1970)
- gehoor (hinderlijk gestoord + doof ; respektievelijk 12,1% en 18,9%)
- spraak (hinderlijk gestoord + afasie ; respektievelijk 16,8% en 21,7%)

Voor de oorzaak van deze toename hebben we geen verklaring. Wel zou men hieruit kunnen konkluderen dat men in eerdere levensfasen hierop moet letten.

2- Verplegingsbehoefte :

- contracturen ; een toename van 26,2% naar 39,3%.
- paralyzen ; een toename van 30,3% naar 38,1%.
- amputaties ; het percentage blijft nagenoeg gelijk en wel 3,7%.
- bedlegerigheid ; een betrekkelijk geringe afname van 16% naar 13,9%.

Hierop komen we bij de bespreking van decubitus terug.

- incontinentie ; een toename van 26% naar 30,4%.
- decubitus ; een relatieve stijging van 5% naar 7,8%. Deze stijging is des te opvallender :

- 1- er is meer de nadruk komen te liggen op de behandeling en preventie van decubitus,
- 2- de bedlegerigheid (een toch duidelijk veroorzakende factor) is zoals we zagen afgenomen.

3- De verzorgingsbehoefte ;

- de ADL (hulp bij het baden, aan- en uitkleden , wassen van het gezicht, en toilet-gebruik (in het vervolg wordt dit afgekort tot toilet)). Van een afname in de ADL- gestoordheid is geen sprake, dit ondanks het feit dat in de tussenliggende zes jaren een sterke toename heeft plaats gevonden van gerichte ADL- therapie. In vele tehuizen is men zelfs overgegaan tot het aanstellen van een ADL-therapeut(e). Wellicht is een verklaring het verscherpte opnamebeleid , waardoor meer hulpbehoevende mensen worden opgenomen. Om dit effect echter zuiver te meten is longitudinaal onderzoek een vereiste (onderzoek bij dezelfde persoon over tijd met hetzelfde instrument).

- psycho-sociale stoornissen :

- psychische gestoordheid ; een geringe afname in de mate van voorkomen (van 34,3% naar 32,2%). Het feit dat er slechts van een zo'n geringe afname sprake is , is moeilijk te verklaren. Het is immers zo dat in de tussenliggende jaren enerzijds het aantal verpleeghuizen bestemd voor de verpleging van psychisch gestoorde bejaarden aanzienlijk is gestegen , anderzijds is de functie van deze soort tehuizen binnen de institutionele gezondheidszorg duidelijker geworden. Men zou op grond daarvan mogen aannemen dat in de verpleeghuizen waar wij het hier steeds over hebben , namelijk de verpleeghuizen exclusief die welke bestemd zijn voor de verpleging van psychisch gestoorde bejaarden , het aantal psychisch gestoorde bewoners belangrijk zou zijn afgenomen.

- sociale onaangepastheid ; hierbij dient aangetekend dat deze cijfers niet goed vergelijkbaar zijn , omdat in 1964 het item anders is gevraagd.

- toezicht- en begeleidingsbehoefte ; deze variabele is in het onderzoek 1964 niet gevraagd. Het cijfer voor 1970 , 62,1% lijkt aan de hoge kant , van de andere kant is deze vraag pluri- interpretabel.
- milieu- activiteiten ; hierbij zijn geen opvallende veranderingen opgetreden (zie bijlage I).

C- Behandelingsbehoefte ;

- verplaatsingsmogelijkheid ; in 1964 kon 31,3% van de bewoners zich onafhankelijk van anderen en zonder hulpmiddelen verplaatsen , terwijl dit in 1970 25,8 % is. Dit ondanks de toegenomen toepassing van fysiotherapie en ADL- training.
- reaktiveringskansen ; deze variabele is weer niet vergelijkbaar voor de beide onderzoeksjaren , omdat geheel verschillende antwoordcategorieën zijn gebruikt. Uit de cijfers van 1970 blijkt dat deze reaktiveringskansen over het algemeen pessimistisch is ; van maar liefst 47,3% van de bewoners wordt deze kans zeer klein geacht.
- Behoeftte aan behandeling en controle (Bij deze vraag geeft de arts aan hoe vaak de bewoner medische en/of paramedische en/of verpleegkundige hulp nodig heeft) ; hierbij valt op dat de behoefte aan gekombineerde behandeling is toegenomen in de tussenliggende jaren (voor de verschillende combinaties tesamen is dit respectievelijk 53,0% en 80,5%). De behoefte aan behandeling vanuit slechts een discipline is relatief afgenomen ; namelijk van 40,0% naar 16,3%. Het aantal bewoners dat geen behoefte aan behandeling en of controle nodig heeft nam af van 7,0% naar 3,3%.
- inrichtingsbehoefte ; het aantal bewoners dat in het verpleeghuis moet blijven is toegenomen van 72,0% naar 81,8%. Dit grote aantal blijvers wijst weer op een steeds meer dicht slibben van het verpleeghuis. Bij de bewoners die naar een verzorgingstehuis verplaatst zouden kunnen worden is een tegengesteld effect waarneembaar ; het aantal daalde van 17,0% naar 10,0%.

Dit is des te opvallender aangezien zoals we reeds in 3.9.1. zagen - de samenwerking tussen het verpleeghuis en het verzorgingstehuis is verbeterd.
- verplaatsing binnen het tehuis ; in 1964 is deze variabele niet gevraagd.

D- De aandoeningen ;

Wat de aandoeningen betreft zijn slechts enkele belangrijke verschuivingen te signaleren. Hierbij zullen we ons dan bovendien ook nog beperken tot de eerste en tweede keuze (in 1964 ; eerste hoofddiagnose en eerste bijdiagnose) , omdat keuze drie en vier niet vergelijkbaar zijn met de tweede hoofddiagnose en de tweede bijdiagnose van 1964 op grond van het feit dat net in de tussenliggende tijd het begrip multiple pathologie pas goed in zwang kwam. (zie Schreuder in ; van Zonneveld, 1970) .

I- keuze 1 ;

het aantal gevallen met een cerebro-vasculair accident nam toe van 15,0% naar 18,1%.

multiple sclerose nam af van 6,0% naar 4,2%

maligne tumoren ; dit aantal nam toe van 3,0% naar 4,9%

ademhalingsstoornissen namen toe van 2,0% naar 3,1%

aandoeningen van het bewegingsapparaat ; een toename van 5,0% tot 6,9%
(dit komt overeen met de verminderde verplaatsingsmogelijkheid).

psychische stoornissen ; een toename van 11,0% naar 14,0%.

II- keuze 2 :

arthrosis deformans ; een toename van 4,0% naar 5,8%

vaataandoeningen ; een stijging van 6,0% naar 7,7 %

hartaandoeningen ; respektievelijk 7,0% en 12,8%

ademhalingsstoornissen ; een verdubbeling van 2,0% naar 4,0%

aandoeningen van de tractus urogenitalis ; eveneens een verdubbeling van 3,0% naar 6,1%

aandoeningen van het bewegingsapparaat ; respektievelijk van 4,0% naar 7,2%.

Samenvatting.

Dit hoofdstuk betreft een vergelijking over tijd tussen twee steekproeven (kenmerken van bewoners van verpleeghuizen in 1964 en 1970 , exclusief die van de bewoners van de verpleeghuizen die bestemd zijn voor de verpleging van psychisch gestoorde bejaarden). Dank zij de uitsluiting van de laatstgenoemde categorie , bleven een aantal kenmerken over die voor de twee steekproeven vergelijkbaar zijn. We beperken ons hier tot de weergave van enkele saillante punten :

- achtergrondkenmerken : de rol van het ziekenhuis als plaats van herkomst is over de jaren sterk toegenomen , terwijl de direkt uit de (eigen) woning afkomstigen in aantal zijn afgenomen. De gemiddelde leeftijd van de bewoners neemt toe.
- funktiestoornissen : een toename is te signaleren in de kontaktstoornissen , de verplegingsbehoefte , en mede daardoor in de behandelingsbehoefte.
- aandoeningen : hier willen we slechts opmerken dat in 1970 een meer frequente multiple diagnostisering heeft plaats gevonden.

Hoofdstuk 7 : Omvang en bestemming van verpleeghuizen.

Inleiding.

Dit hoofdstuk valt uiteen in drie delen ;

- allereerst wordt de omvang van de verpleeghuizen afgezet tegen de overige tehuiskenmerken (in 7.1.)
- vervolgens wordt de bestemming van de verpleeghuizen afgezet tegen aan de ene kant de tehuiskenmerken (7.2.a.) en aan de andere kant de bewonerskenmerken (7.2.b.) ,
- tenslotte wordt onderzocht in hoeverre de bestemming van de afdeling een beter criterium is voor een opdeling van bewoners in somatisch zieken en psychisch gestoorde dan de bestemming van de verpleeghuizen (7.3.).

7.1. De omvang van het verpleeghuis.

In deze paragraaf zullen we nagaan op grond van welke tehuiskenmerken en bewonerskenmerken grote en kleine verpleeghuizen van elkaar verschillen (criterium = 100 bedden). Dit item is van belang om de volgende redenen :

- Het is op zich interessant na te gaan of grotere verpleeghuizen beter geoutilleerd zijn , efficiënter werken etc.
- Daarnaast lijkt het de moeite waard na te gaan of het criterium voor een voorlopige erkenning door de Ziekenfondsraad , ingesteld naar aanleiding van de invoering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (1968) , namelijk een minimum van 100 bedden , enigszins reëel is op grond van de overige verpleeghuiskenmerken.

Een toetsing op grond van bewonerskenmerken leek ons minder geschikt , omdat deze niets zeggen over de omvang van het verpleeghuis , en slechts een aantal nonsens-correlaties zou opleveren.

- We hebben hier de mogelijkheid te controleren in hoeverre de groep kleine

tehuizen verschilt van de groep grote tehuizen , om op grond daarvan te kunnen bepalen of de resultaten van dit sample voldoende generaliseerbaar zijn naar alle verpleeghuizen en hun bewoners.

Om deze vragen te beantwoorden hebben we de omvang van de verpleeghuizen tot criterium-variabele gemaakt in een stapsgewijze discriminantanalyse , waarbij van alle variabelen wordt nagegaan , een voor een , in hoeverre ze bijdragen tot verklaring van de omvang.

Uit het totaal van 135 items van het A-formulier selekteerden we om technische redenen 1) een aantal variabelen , waarbij we die items kozen , die op grond van hun inhoud het meest in aanmerking kwamen.

De predicerende variabelen zijn voor wat betreft 7.1. en 7.2.a. omgerekend naar een ratio per honderd bedden. Hierdoor wordt de score op de betreffende items onafhankelijk van de tehuisgrootte, waardoor een zuiverder interpretatie mogelijk wordt.

Toelichting bij tabel 9 :

kolom 1= geeft de volgorde waarin het betreffende item als prediktor wordt opgenomen , m.a.w. item 115 is te beschouwen als de belangrijkste prediktor voor het onderscheid in grote/kleine tehuizen ; item 107 komt op de 2de plaats etc.

kolom 2= hierin wordt het betreffende itemnummer van het A-formulier weergegeven.

kolom 3= de omschrijving van het betreffende item

kolom 4= gew. ; de discriminant-functie-coëfficiënt (we noemen dit eenvoudigweg "het gewicht"). Dit gewicht is van het allergrootste belang bij de interpretatie van de discriminant functie ; hoe hoger des te belangrijker voor de interpretatie.

kolom 5= R^2 = het percentage verklaarde variantie van het criterium. Deze verklaarde variantie is een maat voor de diskriminerende kracht van de betreffende variabelen ; m.a.w. uit tabel 9 kan men aflezen , dat met behulp van item 115 alleen al 40,1% van de variantie wordt verklaard , d.w.z. dat indien het aantal bezigheidstherapeuten bekend zou zijn in een nieuwe situatie men dan tot 40% zekerheid kan zeggen of het om een groot of een klein verpleeghuis gaat. Deze kolom geeft het percentage verklaarde variantie kumulatief weer ; d.w.z. dat bv. item 107 3,8% variantie nog toevoegd aan item 115 etc.

1) Discriminantanalyse van het programma-pakket SPSS kan maar 40-items tegelijkertijd verwerken. Daarnaast is gekozen voor items die op interval niveau gemeten zijn (d.w.z. aantallen) , m.a.w. de nominale items zijn buiten

kolom 6= de gemiddelde skore op het item voor de groep kleine tehuizen.
 kolom 7= de gemiddelde skore op het item voor de groep grote tehuizen.
 kolom 8= hierin is de richting van het verschil weergegeven ; in dit geval geven we steeds de richting van de groep grote verpleeghuizen aan voor de betreffende variabele.

Tabel 9 : Verpleeghuiskenmerken en hun bijdrage tot het verschil kleine- grote tehuizen.

stap	item	omschrijving	item	gew.	R2	Y-kl.	Y-gr.	rich.gr.
1	2	3		4	5	6	7	8
1	115	zijn er bezigheids	ther.	2,06	40,1	1,93*	0,74*	vaker wel
2	107	p.t. fysiother.		1,13	43,9	0,97	0,34	minder
3	90	p.t. artsen		0,68	46,3	1,56	0,59	minder
4	77	asp.ll. verplegenden		0,71	47,7	0,24	0,00	geen
5	82	asp.ll. ziekenverzorgenden		-0,18	49,0	1,45	3,04	meer
6	70	dir. en adm. pers.		0,10	49,9	5,38	3,56	minder
7	72	tech. en agr. pers.		-0,46	50,8	1,76	2,17	meer
8	87	medische staf		0,42	52,0	1,30	0,80	minder
9	105	f.t. fysiother.		0,48	52,9	0,63	0,86	meer
10	117	f.t. bezigheids	ther.	0,35	53,4	1,85	1,68	minder
11	86	paramedisch pers.		-0,12	53,8	2,84	4,08	meer
12	79	ziekenverzorgenden		0,05	54,1	7,81	9,13	meer
13	36	ontslagen bewoners		0,00	54,4	33,36	35,09	meer
14	35	overleden bewoners		-0,03	55,0	43,06	40,43	minder
15	46	verpleegdagen		0,00	55,3	33855	31946	minder
16	84	bejaardenhelpenden		0,09	55,5	1,31	0,52	minder
17	76	preklinisch pers.		0,11	55,7	0,27	0,18	minder
18	89	f.t. artsen		-0,47	55,9	0,37	0,68	meer
19	83	bejaardenverzorgers		0,05	56,0	1,22	0,45	minder
20	75	ll. verpleegkundigen		-0,11	56,1	0,24	0,24	gelijk
21	80	2de j.ll. verpleegkundigen		0,04	56,2	7,24	9,33	meer
22	81	1ste j.ll. verpleegkundigen		-0,03	56,3	10,23	14,27	meer
23	41	opgenomen bewoners		0,01	56,4	83,05	83,55	gelijk
24	73	overig niet-med. pers.		-0,03	56,5	2,68	3,40	meer
25	71	huishoudelijk pers.		0,01	56,5	16,06	17,37	meer
26	85	verpleeghulpen		-0,01	56,5	10,19	5,90	minder
27	74	gedipl. verpleegkundigen		0,01	56,5	7,95	6,90	minder

Verklaring afkortingen:

p.t. = part-time

f.t. = full-time

asp. = aspirant

ll. = leerling

pers.= personeel

*) richting van de vraag :

1 = ja ; 2 = nee ; 0 = onbekend . Dit kan per item verschillen.

- In het algemeen geldt dat kolom 5 (het percentage verklaarde variantie) niet zodanig uitgelegd mag worden dat elk volgend item slechts een fractie van de

verklaart 3,8% van de variantie die overblijft nadat het grootste gedeelte reeds verklaard is door item 115.

Aangenomen dat we item 115 niet bij deze analyse hadden betrokken dan zou item 107 weliswaar niet ook ongeveer 40,1% verklaard hebben, maar wel veel meer dan 3,8%. Bespreking van de resultaten van tabel 9

- In totaal wordt 56,5% van de variantie in de omvang/grootte van verpleeghuizen verklaard door personeels- en doorstromingsgegevens. Voor de doorstroming hebben we drie afzonderlijke variabelen in de analyse meegenomen : a- het aantal opgenomen bewoners (item 41), b het aantal ontslagen bewoners (item 36), c- het aantal overleden bewoners (item 35).

We kunnen dit als volgt interpreteren : er bestaat wel degelijk een belangrijk verschil tussen grote en kleine verpleeghuizen. De aard van dit verschil is echter niet eenzinnig ; d.w.z. dat het bv. niet zo is dat grote verpleeghuizen met betrekking tot alle categorieën minder personeel per 100 bedden hebben dan kleine. Bv. grote tehuizen hebben over het algemeen wel minder part-time fysiotherapeuten maar meer full-time fysiotherapeuten.

- Het belangrijkste deel van het verschil in grote en kleine verpleeghuizen bestaat in het feit dat grote tehuizen veel vaker bezigheidstherapeuten in dienst hebben dan kleine. De interpretatie van de "hypothetische" discriminant funktie volgt voornamelijk uit de kolom "gewichten" ; het teken is niet van belang, dit hangt er vanaf hoe een bepaald gegeven is gevraagd.

7.2.a. De bestemming van verpleeghuizen en andere tehuiskenmerken.

Toelichting bij tabel 10 :

- Vooreerst moeten we opmerken dat wat de bestemming van de verpleeghuizen betreft we de twee meest ekstreme en tegelijkertijd de meest homogene bestemmingen hebben gekozen: 1- de bestemming voor de verpleging van somatisch zieken en 2 de bestemming voor de verpleging van psychisch gestoorde bejaarden. We hebben dus de gekombineerde tehuizen in deze discriminantanalyse buiten beschouwing gelaten (ook in 7.2.b. en 7.3.) , omdat daardoor de diskriminantfunctie alleen maar complexer zou zijn geworden en dus moeilijker te interpreteren.
- de verklaring van de gebruikte afkortingen en voor een gedeelte ook de toelichting zijn hetzelfde als bij 7.1. (behalve wat betreft kolom 6,7,8) .
- als predicerende variabelen zijn eksakt dezelfde items meegenomen als in 7.1., en ook om dezelfde redenen.
- ook hier is uitgegaan van de ratio per 100 bedden voor de afzonderlijke variabelen.

Tabel 10: Verpleeghuiskenmerken en hun bijdrage tot de bestemming van verpleeghuizen.

stap	item	omschrijving item	gew.	R2	Y-som.	Y-psg.	rich.psg
1	2	3	4	5	6	7	8
1	36	ontslagen bewoners	0,02	11,9	42,21	10,40	minder
2	80	2de j.ll.verpleegkundigen	0,13	15,0	8,43	4,43	minder
3	46	verpleegdagen	-0,00	20,0	32206	35111	meer
4	107	p.t.fysiother. omg.	1,58	25,6	0,75	0,47	minder
5	105	f.t.fysiother.	1,21	28,9	0,85	0,26	minder
6	117	f.t.bezigheidsther. omg.	-0,49	32,7	1,63	2,41	meer
7	78	1ste ziekenverzorgenden	0,32	34,6	1,89	1,20	minder
8	75	ll. verpleegkundigen	-0,28	35,2	0,17	0,47	meer
9	76	preklinisch pers.	-0,15	35,7	0,23	0,18	minder
10	35	overleden bewoners	0,02	36,1	45,00	33,10	minder
11	81	1stej.ll.ziekenverzorgend.	-0,03	36,5	12,72	9,85	minder
12	83	bejaardenverzorgers	-0,08	35,9	0,57	1,28	meer
13	85	verpleeghulpen	-0,01	37,3	7,19	10,84	meer
14	74	gedipl. verpleegkundigen	0,09	37,5	7,63	7,18	minder
15	86	para-medisch pers.	-0,08	37,7	3,48	3,02	minder
16	82	asp.ll. ziekenverzorgenden	0,07	37,9	2,55	1,60	minder
17	73	overig niet-medisch pers.	-0,07	38,0	2,84	2,50	minder
18	70	dir. en adm. pers.	0,03	38,2	4,99	3,80	minder
19	84	bejaardenhelpen	0,10	38,4	0,75	1,00	meer
20	41	opgenomen bewoners	-0,00	38,5	96,15	50,30	minder
21	79	ziekenverzorgenden	0,03	38,7	9,08	5,42	minder
22	90	p.t. artsen	-0,11	38,7	1,04	1,35	meer
23	115	bezigheidsther.	0,06	38,7	1,40	1,35	gelijk
24	87	medische staf	-0,04	38,7	1,02	0,93	gelijk
25	77	asp.ll. verpleegkundigen	0,06	38,7	0,08	0,12	gelijk

Resultaten van tabel 10

- In totaal wordt 38,7% van de variantie verklaard , dus aanzienlijk minder dan in 7.1. , wat men als volgt mag uitleggen ; grote verpleeghuizen zijn beter te onderscheiden van kleine , dan somatische verpleeghuizen van die voor psychisch gestoorde bejaarden , een tamelijk onverwacht resultaat. Onze gegevens zijn naar ons idee niet toereikend om dit feit nader te kunnen verklaren.
 - de aard van het verschil in de afhankelijke variabele (bestemming van het verpleeghuis) is hier daarentegen veel eenzinniger dan in 7.1. :
Men kan over het algemeen zeggen dat de verpleeghuizen voor psychisch gestoorde bejaarden er ten aanzien van de personeels- en doorstromingsgegevens minder goed vanaf komen dan de somatische tehuizen. Om het iets genuanceerder te stellen :
 - 1- de somatische verpleeghuizen hebben een betere doorstroming , met name het aantal ontslagenen (item 36) verschilt aanzienlijk van dat van de tehuizen voor psychisch gestoorde bejaarden.
 - 2- somatische tehuizen hebben meer hoog-gekwatificeerd personeel in dienst ; de tehuizen voor psychisch gestoorde bejaarden hebben meer laag gekwatificeerd personeel.
 - de volgorde waarin de afzonderlijke items bijdragen tot het verschil is nogal verschillend van 7.1. Dit komt tot uiting als men let op bv. de 5 eerste items in beide tabellen. Zowel voor het percentage verklaarde variantie als bij het discriminantgewicht zijn de items van een andere inhoud .
- Gekonkludeerd kan worden dat met behulp van een aantal verpleeghuiskenmerken maar betrekkelijk weinig inzicht kan verkregen worden in het verschil tussen somatische tehuizen en tehuizen voor psychisch gestoorde bejaarden.

7.2.b. De bestemming van verpleeghuizen en bewonerskenmerken.

Toelichting bij tabel 11

- Ten aanzien van de keuze van de bestemmingen geldt het zelfde als bij 7.2.a.
- Bij vergelijking op grond van bewonerskenmerken, die immers niet noodzakelijk afhankelijk zijn van de grootte van het verpleeghuis waar ze verblijven, is een ratio-berekening naar het aantal bedden weinig zinvol. Vandaar dat we bij dit onderdeel uitgegaan zijn van de ruwe scores.
- Keuze van de items; In de analyse zijn betrokken de achtergrondkenmerken, funktiestoornissen en het reaktiveerbaarheidsoordeel. Van een deelname van de aandoeningen hebben we afgezien, omdat:
 - a- hier dezelfde technische redenen gelden als onder 7.1. die ons beperken tot 40 items in een run van de discriminant-analyse. Hierdoor zijn we weer gedwongen tot een selectie van items.
 - b- Naar ons in vooranalyses is gebleken is er bij de aandoeningen sprake van een zeer gering diskriminerend vermogen. Dit wordt waarschijnlijk veroorzaakt door enerzijds een vaak zeer scheve verdeling van de scores op de afzonderlijke items, aan de andere kant door een hoge kompleksiteit van het aandoeningen schema (21 x 20 x 19 x 18 mogelijke combinaties = 143640 !), waardoor elke combinatie afzonderlijk weinig bijdraagt tot het verschil.
- De items van de bewonerskenmerken die wel meegenomen zijn, zijn in tegenstelling tot de tehuiskenmerken nagenoeg allemaal nominaal gemeten, dus niet op interval niveau. Het discriminant analyse model is echter het beste van alle multivariate technieken toepasbaar op deze soort data.
- De hier weergegeven resultaten betreffen de steekproef 1970b (N = 9472).

Tabel 11 : Bewonerskenmerken en hun bijdrage tot de bestemming van verpleeghuizen.

stap 1	item 2	omschrijving item 3	gew. 4	R2 5	Y-som. 6	Y-psg. 7	Rich.psg. 8
1	30	psychische gestoordheid	-2,59	33,2	1,68	1,01	meer
2	31	sociale onaangepastheid	-1,94	38,2	1,79	1,20	meer
3	37	verplaatsingsmogelijkheid	0,98	41,5	2,01	2,51	beter
4	7	afstand woonplaats	0,72	43,7	1,70	2,38	verder
5	39	beh.aan beh. en controle	-0,26	45,1	2,93	2,43	meer gek.
6	20	paralysen/paresen	1,20	45,5	1,60	1,93	minder
7	15	afdeling	0,46	47,6	1,51	2,14	m.i.
8	24	katheter	1,28	48,0	1,87	1,96	minder
9	28	wassen van het gezicht	-0,84	48,3	1,51	1,30	meer
10	40	inrichtingsbehoefte	-0,44	48,6	1,38	1,04	blijven
11	38	reaktiveringskansen	-0,31	49,1	2,87	2,95	kleiner
12	23	inkontinentie	-0,59	49,4	1,71	1,52	meer
13	11	invaliditeit bij opname	-0,22	49,6	1,96	2,11	minder
14	27	aan- en uitkleden	0,52	49,9	1,29	1,28	gelijk
15	18	spraakstoornissen	0,37	50,1	1,28	1,42	minder
16	14	verpleegprijs	-0,40	50,2	0,12	0,05	gelijk
18	6	leeftijd	0,01	50,6	75,4	78,4	ouder
19	19	kontrakturen	0,41	50,7	1,61	1,84	minder
20	32	toezicht- en begl.beh.	-0,31	50,8	1,38	1,01	meer
21	26	baden/douchen	0,54	50,8	1,12	1,14	gelijk

23	13	pensionering	-0,04	50,9	1,67	1,57	gelijk
24	17	gehoorstoornissen	-0,15	50,9	1,23	1,23	gelijk
25	25	decubitus	0,20	51,0	1,93	1,97	gelijk
26	12	beroep voor opname	-0,05	51,0	1,12	1,14	gelijk
27	34	boodschappen doen	0,27	51,0	1,91	1,96	gelijk
28	35	kamer schoonhouden	-0,36	51,0	1,93	1,96	gelijk
29	8	verblijfplaats voor opname	-0,02	51,0	1,40	1,40	gelijk
30	33	bed opmaken	0,13	51,0	1,88	1,92	gelijk
31	21	amputaties	0,14	51,0	1,96	1,99	gelijk
32	29	toilet/wc-functie	0,06	51,0	1,40	1,40	gelijk
33	16	visusstoornissen	0,03	51,0	1,24	1,24	gelijk
34	4	burgerlijke staat	0,02	51,0	1,97	2,00	gelijk
35	3	geslacht	-0,01	51,0	1,68	1,67	gelijk
36	22	bedlegerigheid	-0,00	51,0	1,87	1,95	gelijk

verklaring afkortingen:

m.i. = moeilijk te interpreteren

1- afd. somatische zieken , 2- afdeling psychisch gestoorden

3- aparte afdelingen , 4- niet gescheiden afdelingen.

Resultaten : bestemming en bewonerskenmerken (tabel 11)

- In totaal wordt 51,0% van de variantie verklaard. Dus aanzienlijk meer dan door de tehuiskenmerken (in 7.2.a.). Met andere woorden men kan op grond van de bewonerskenmerken beter voorspellen welke de bestemming van een bepaald tehuis is dan met behulp van personeels- en doorstromingsgegevens. Hierbij willen we opmerken dat het bij de tehuiskenmerken nauwelijks kwalitatieve gegevens betreft , terwijl dat bij de bewonerskenmerken wel duidelijk het geval is (omdat het hier over beoordelingen van bewoners gaat , terwijl het in het eerste geval slechts aantallen personeelsleden betreft).
- De aard van het verschil is echter veel minder eenzinnig dan bij de tehuiskenmerken ; de bewoners van de tehuizen voor psychisch gestoorde bejaarden vertonen sommige stoornissen vaker , andere minder vaak dan de bewoners van somatische verpleeghuizen.
- Zoals te verwachten viel wordt het grootste deel van de variantie verklaard door het al of niet psychisch gestoord zijn en vervolgens door het al of niet sociaal onaangepast zijn. Ook het feit dat bewoners van de tehuizen voor psychisch gestoorde bejaarden zich in het algemeen nog beter kunnen verplaatsen is tamelijk voor de hand liggend.

Overigens zouden we ten aanzien van de psychische gestoordheid willen aantekenen dat deze zeer ongedifferentieerd gemeten is : we weten totaal niets van de aard en de mate van gestoordheid ; informatie van deze aard zou nodig zijn om na te gaan of de stoornis van de psychisch gestoorde bewoners in het somatische verpleeghuis dezelfde is als die van de bewoners van de tehuizen voor psychisch gestoorde bejaarden. We erkennen dit als een belangrijk tekort van de studies in 1964 en 1970. Bij het onderzoek van 1974 hebben we geprobeerd in dit opzicht beter geïnformeerd te raken , door middel van de Beoordelingsschaal voor Oudere Patientten.

- Bij de afstand woonplaats-tehuis valt op dat bewoners van een verpleeghuis voor psychisch gestoorde bejaarden in het algemeen verder weg wonen. Dit feit wordt onzes inziens voor het belangrijkste deel veroorzaakt doordat er ongeveer viermaal zoveel somatische tehuizen in Nederland zijn.
- Milieu- activiteiten (v33 - v36) dragen niet bij tot verklaring van het verschil ; m.a.w. de bewoners van de somatische tehuizen zijn in dit opzicht niet , zoals men zou verwachten , meer gestoord.
- Als laatste item in de discriminantanalyse komt de bedlegerigheid aan de orde. D.w.z. dat de bewoners van de somatische tehuizen niet vaker bedlegerig zijn dan de bewoners van de tehuizen voor psychisch gestoorde bejaarden.

Konklusie : Het belangrijkste verschil tussen verpleeghuizen bestemd voor de verpleging van psychisch gestoorde bejaarden en verpleeghuizen welke bestemd zijn voor de verpleging van somatisch zieken bestaat hierin dat in de eerstgenoemde groep de bewoners nagenoeg allen psychisch gestoord zijn , terwijl de bewoners van de somatische tehuizen voor het grootste gedeelte niet psychisch gestoord zijn.

7.3. De afdeling.

Inleiding.

Omdat uit de bestemming van de verpleeghuizen geen optimale homogeniteit van bewoners is af te leiden, omdat met name het somatisch verpleeghuis toch nog een tamelijk groot aantal (32%) psychisch gestoorden herbergt, is onderzocht in hoeverre de afdeling een beter criterium vormt voor de indeling in somatisch zieken en psychisch gestoorden dan de variabele: bestemming. Het begrip afdeling definieert het jongste Advies Verpleeghuizen (Centrale Raad, 1972) als volgt: "een functioneel geheel, bestaande uit twee of meer verpleegeenheden, eventueel met ruimte voor therapie. Een verpleegeenheid is een functioneel geheel van ca. 30 bedden waarin alle nodige ruimtelijke voorzieningen voor de patienten zijn getroffen om er te kunnen leven en wonen. Een leefgemeenschap is een groep van 10 tot 15 patienten die de beschikking heeft over "eigen" slaap- en woonruimte.

In de praktijk van het verpleeghuiswezen in Nederland blijkt dat het terwille van een volwaardige verpleging van de patienten noodzakelijk is dat een verpleegafdeling in een gekombineerd verpleeghuis, zowel voor somatisch zieken, als voor psychisch gestoorde bejaarden, een minimumomvang heeft van twee verpleegeenheden, overeenkomend met ca. 60 bedden. Beneden deze omvang zou het op economisch verantwoorde basis niet mogelijk zijn:

- a- een personeelsbezetting met het vereiste aantal gediplomeerde verpleegkundigen te formeren,
- b- op aanvaardbare wijze te voorzien in de behoefte aan fysische en bezigheidstherapie,
- c- een akseptabel leefklimaat aan de patienten te bieden".

Toelichting:

- evenals bij de bestemming (7.2.) hebben we ook hier alleen de meest extreme dus meest homogene afdelingen genomen: de afdelingen bewoond door

totale groep tehuizen.

- als onafhankelijke variabelen (prediktoren) werden ingevoerd de achtergrondkenmerken, funktiestoornissen en het reaktiveerbaarheidsoordeel van de bewoner. De aandoeningen werden dus ook hier buiten beschouwing gelaten, om redenen die genoemd zijn onder 7.2.b. en die ook voor deze analyse-techniek (AID) geldig zijn.
- De gebruikte methode maakte het noodzakelijk dat de leeftijd en de verpleegperiode opgedeeld werden in een aantal klassen. Dit hebben we als volgt gedaan:

leeftijd	klasse	verpleegperiode	klasse
41-50 jaar	1	7 jaar of langer	1
51-60 "	2	6 "	2
61-64 "	3	5 "	3
65-69 "	4	4 "	4
70-74 "	5	3 "	5
75-79 "	6	2 "	6
80-84 "	7	0-12 maanden	7
85-89 "	8		
90 jaar of ouder	9		

Procedure : De Automatic Interaction Detection (AID).

Het model is als zodanig voldoende beschreven, zowel door de konstruktors, (zie bijgaande literatuurlijst), als in het proefschrift van Diekstra (1973, pag.167 - 178), en dat van Van den Heuvel (1973, pag 194-195). 1)

De gevolgde procedure zal tevens, naar we hopen, duidelijker worden als we deze beschrijven aan de hand van de resultaten.

1) Wel is het goed erop te wijzen dat Diekstra en Van den Heuvel slechts gedeeltelijk gebruik maken van de informatie die het AID model in zijn totaal biedt:

- a- beiden maken slechts gebruik van de "boomstructuur" en laten de volgende bronnen ongebruikt;
- b- ze letten niet op het voorkomen van substitutie van de variabelen onderling (in de berekeningstabel kan dit zorgvuldig nagezocht worden)
- c- Indien we de "boomstructuur" van de AID's van Van den Heuvel bestuderen in bijlage V, dan lijken nagenoeg alle analyses te voldoen aan de additieve assumpties, en volgens Sonquist zouden deze analyses direkt gevolgd moeten

Figuur 1: Bewonerskenmerken en hun relatieve bijdrage tot de soort afdeling.

R² = het totale percentage verklaarde variantie.

Voor een goed begrip van de gevolgde procedure geven we hieronder in een tabel 12 weer, op een zeer verkorte wijze, op welke manier bij elke stap de selectie plaatsvindt van dat item, hetwelk de groep opsplitst in twee nieuwe groepen. Dit opsplitsen gebeurt zodanig dat het item zoveel mogelijk variantie van de afhankelijke variabele verklaart.

Tabel 12 : Proportie van de variantie in iedere groep, welke verklaard wordt door de belangrijkste prediktors.

predictor	groep nummer						
	1	3	5	7	6	11	
1- psychische gestoordh.	0.511	-	-	-	-	-	
2- sociale onaangepasth.	0.381	0.135	0.140	-	-	-	
3- toez.- en begl.beh.	0.195	0.108	0.116	-	0.107	-	
4- verplaatsingsmogelh.	0.137	0.102	0.108	0.078	0.156	-	
5- paralyse/parasen	0.106	0.110	0.132	0.162	0.080	-	
6- verblijfpl.voor opn.	0.089	0.039	0.032	0.023	0.044	0.033	
7- afstand woonplaats	0.070	0.052	0.051	0.020	0.132	0.146	
8- invaliditeit bij opn.	0.068	0.083	0.092	0.102	0.085	0.035	
9- inrichtingsbehoefte	0.063	0.180	-	-	-	-	
10 incontinentie	0.062	0.001	0.003	0.001	0.001	0.005	

Toelichting :

In de eerste stap (zowel als in alle volgende) wordt een rangschikking verkregen van de prediktoren op basis van hun verklaringskracht (kolom 1 in de tabel). Dat item dat de grootste verklaringskracht heeft , in dit geval psychische gestoordheid (0,511) , wordt door het model gekozen als basis voor het konstrueren van twee nieuwe groepen (N2 en N3). Uit dezelfde kolom blijkt duidelijk dat het item "sociale onaangepastheid" niet in de 2de stap maar pas in de 3de stap geselecteerd wordt . Dit wordt kennelijk veroorzaakt door het feit dat zich onder de niet-psychisch gestoorden (N2) een aantal sociaal onaangepasten bevindt.

Van de twee groepen N2 en N3 wordt bekeken welke van de twee het meeste verklaart , in dit geval groep N3 , de wel-psychisch gestoorden. Voor deze groep wordt opnieuw een rangschikking gemaakt op basis van de verklaringskracht (kolom 2) van de afzonderlijke items. Uit deze rangschikking volgt dat het item " de inrichtingsbehoefte" de belangrijkste prediktor voor deze stap is en dus de basis gaat vormen voor een opsplitsing van N3 en N5 etc.

Resultaten

In figuur 1 zijn de belangrijkste resultaten weergegeven. Door zes variabelen: psychisch gestoord, inrichtingsbehoefte, sociaal onaangepastheid, paralyse en verplaatsingsmogelijkheid en afstand woonplaats , wordt in totaal 68,-% van de variantie verklaard;terwijl de belangrijkheid (in termen van verklaarde variantie) zeer verschillend is.Tevens kan men uit de boomstructuur aflezen,dat er een zekere asymmetrie te ontdekken is. Deze wordt veroorzaakt door groep 2, de patienten die niet psychisch gestoord zijn. Uit het feit dat deze groep een eindgroep is kan met zekerheid worden afgeleid dat de bewoner die

De groep van psychisch gestoorden (groep 3) blijkt echter wel nog op te splitsen: groep 4 (N = 388) is die groep bewoners die overgeplaatst zou moeten worden naar een andere afdeling voor psychisch gestoorden (271), of die eigenlijk naar een verzorgingstehuis zou kunnen (100), of die eigenlijk naar hun eigen (aangepaste!) woning zou kunnen. (17).

Groep 5 wordt gevormd door de bewoners die in de afdeling moeten blijven waarin ze zijn opgenomen. Deze groep is samengesteld uit bewoners die sociaal niet onaangepast zijn (groep 6) , en bewoners die dit wel zijn (groep 7).

De bewoners die als sociaal onaangepast beoordeeld zijn , hebben wel (groep 8) of geen paralyse (groep 9).

Tot slot is groep 6 weer samengesteld uit bewoners die zich in het geheel niet of slechts met hulpmiddelen of met hulp van anderen kunnen verplaatsen (groep 10), en bewoners die zich onafhankelijk van anderen kunnen verplaatsen (groep 11).

Samenvatting.

In dit hoofdstuk hebben we onderzocht

- 1- Het verschil tussen grote en kleine tehuizen en wat de aard van het verschil is.
- 2- De invloed van de bestemming van het tehuis (de afdeling) op tehuis- en bewonerskenmerken.
- 3- De omvang : grote tehuizen verschillen van kleine. Het verschil is tamelijk groot (verklaarde variantie van 56,5%) ; de aard van het verschil is echter niet eenduidig.
- 4- De bestemming van de verpleeghuizen : met behulp van de tehuiskenmerken wordt betrekkelijk weinig verschil gevonden tussen de tehuizen voor somatisch zieken en die voor psychisch gestoorde bejaarden (verklaarde variantie is 38,7 %). De tehuizen voor psychisch gestoorde bejaarden zijn in een aantal opzichten

minder goed geoutilleerd. Op grond van de kenmerken van hun bewoners kan beter gedifferentieerd worden tussen de twee soorten bestemmingen (verklaarde variantie is 51,0%). De aard van het verschil is echter weer minder eenduidig.

- 5- De afdeling : het onderscheid tussen afdelingen voor somatisch zieken en die voor psychisch gestoorden is voor een belangrijk deel (67,8%) te verklaren vanuit de kenmerken van de respektievelijke bewoners. Het item psychische gestoordheid speelt daarbij de belangrijkste rol ; waarbij het met name zo is dat een niet psychisch gestoorde bewoner in bijna alle gevallen op een afdeling voer somatisch zieken vertoeft.

Hoofdstuk 8 : Structuur van de bewonerskenmerken.

Inleiding.

In hoofdstuk 7 hebben we ten aanzien van het onderscheid tussen somatisch zieken en psychisch gestoorde steeds geredeneerd vanuit het verpleeghuis. Daarbij vonden we dat de bestemming van de verpleeghuizen weliswaar een tamelijk groot onderscheid oplevert, en dat de afdeling dit onderscheid nog iets duidelijker doet uitkomen; geheel bevredigend is dit verschil echter niet.

In dit hoofdstuk gaan we echter van de bewoners uit en zullen we onderzoeken of het mogelijk is bewonerskenmerken op het spoor te komen die dit verschil beter kunnen duidelijk maken.

Als criterium voor de opdeling in somatisch zieken en psychisch gestoorde hebben we gekozen voor het meest strikte criterium, namelijk het oordeel van de arts, gekombineerd met de plaatsing op een afdeling.

Tot de somatisch zieken rekenen we dus alleen die bewoners die door de arts als niet psychisch gestoord worden beoordeeld, terwijl zij bovendien op een afdeling voor uitsluitend somatisch zieken verblijven. Voor de psychisch gestoorde geldt dat de arts van mening is dat deze bewoners psychisch gestoord zijn en bovendien dat zij op een afdeling voor uitsluitend psychisch gestoorde vertoeven.

Deze criteriumkeuze hebben we toegepast om een zo hoog mogelijke homogeniteit binnen de groepen te verkrijgen.

Het aandoeningenschema laten we ook hier buiten beschouwing om dezelfde redenen als vermeld in het vorige hoofdstuk. De bedoelde vraagstelling, die dus wil nagaan of er een principieel onderscheid te maken is tussen somatisch zieken en psychisch gestoorde, uiteraard binnen het bestek van de ter beschikking staande informatie, zullen we op de volgende vier manieren benaderen.

- 1- We geven de frekwenties voor beide categorieën weer , waarbij we tevens een vergelijking maken met onderscheid op grond van de afzonderlijke criteria , om de tot stand koming van de nieuwe indeling inzichtelijk te maken. Daarbij kozen we voor de meest interessante bewonerskenmerken , te weten de funktiestoornissen. Tevens maakten we van de gelegenheid gebruik om het effect van de geslachtsverschillen weer te geven.
 - 2- Vervolgens hebben we het al dan niet psychisch gestoord zijn als afhankelijke variabele met behulp van een AID analyse nader onderzocht. Daarin is gezocht naar een maximale opsplitsing door middel van achtergrondskennmerken , funktiestoornissen en behandelingsbehoefte. We hebben dit eveneens met een stapsgewijze regressieanalyse gedaan , waaruit ongeveer identieke resultaten volgden.
 - 3- Een geheel andere benadering kiezen we door een structureel onderzoek van de bewonerskenmerken. Hierbij hebben we de totale groep opgedeeld in twee blokken op grond van het gekombineerde criterium (somatisch zieken + psychisch gestoorde), en vervolgens is bij elke groep afzonderlijk naar een structuur in de bewonerskenmerken (exklusief de aandoeningen) gezocht. Tenslotte vergelijken we de afzonderlijke gevonden structuren met als ankerpunt de structurele analyse voor de totaalgroep.
 - 4- Naar het voorbeeld van o.a. Leering (1968) en Merkus (1974) hebben we de funktiestoornissen op schaalbaarheid getoetst , en als tweede stap de gevonden schaal voor de afzonderlijke twee groepen vergeleken. Tenslotte zetten we de afzonderlijke gevonden schalen af tegen de overige bewonerskenmerken , met behulp van een AID analyse.
- De bij de verschillende onderdelen gebruikte methode zullen we verduidelijken aan de hand van de gevonden resultaten.

8.1. De funktiegestoordheid van de bewoners , opgedeeld naar somatisch zieken en psychisch gestoorde.

Toelichting :

De tabel dient als volgt te worden gelezen : (we leggen dit uit aan de hand van het eerste item , visusstoornissen).

Van de bewoners die op een afdeling voor uitsluitend somatisch zieken liggen heeft 20,6% visusstoornissen , waarbij de vrouwen significant vaker deze stoornis hebben dan mannen. Dit wordt in de tabel aangegeven met een +. Van de bewoners die op een afdeling voor psychisch gestoorden vertoeven heeft 20,5% visusstoornissen , vrouwen significant vaker dan mannen. Van de bewoners die naar het oordeel niet psychisch gestoord zijn is 20,5% visusgestoord , vrouwen significant vaker dan mannen. Van de bewoners die naar het oordeel van de arts wel psychisch gestoord zijn heeft 22,6% wel visusstoornissen , vrouwen significant vaker dan mannen. Van de bewoners die op een afdeling voor somatisch zieken liggen en tevens naar het oordeel van de arts niet psychisch gestoord zijn , is 19,9% visusgestoord , vrouwen significant vaker dan mannen ; van de bewoners die op een afdeling voor psychisch gestoorden verblijven en tevens door de arts als psychisch gestoord worden beoordeeld heeft 20,6% visusstoornissen , vrouwen significant vaker dan mannen.

Tabel 13 : Vergelijking van de funktiegestoordheid in percentages voor somatisch zieken en psychisch gestoorden, apart voor mannen en vrouwen en naar verschillende indelingskriteria.

	crit.afd.				crit.arts				crit.beiden			
	somzk		psg.		somzk		psg.		somzk		psg.	
	gest	m v	gest	m v	gest	m v	gest	m v	gest	m v	gest	m v
visusstn	20.6	+	20.5	+	20.5	+	22.6	+	19.9	+	20.6	+
gehoorstn	17.6		18.9		16.9		20.0		16.4		18.8	
spraakstn	19.5	+	29.8		16.7	+	29.8		16.7	+	30.3	
contracturen	41.2	+	19.0		40.2	+	26.4	+	41.3	+	19.0	
paralysen	41.7	+	10.1	+	42.8		19.6	+	42.8		9.9	+
amputaties	4.5	+	1.1		4.7	+	1.9		4.8		1.1	
bedlegerig	13.8	+	5.4		13.1	+	9.2	+	13.3	+	5.3	
incontinent	25.2		50.1		19.0		49.2	+	19.2		50.8	
katheter	13.8		6.6	+	10.7		11.3	+	11.4		6.5	+
decubitus	7.7		3.8		7.2	+	5.8		7.0		3.6	
baden/douche	89.3	+	85.4		86.8	+	88.1		88.6	+	85.7	
kleden	70.1	+	73.1		66.3	+	75.5	+	67.7	+	73.8	
wassen gezicht	46.0		68.8		41.2		68.0		42.0		69.7	
toilet	59.9	+	61.6		55.6	+	64.7	+	57.5	+	62.2	
psych.gest.	22.0	+	97.3		nvt		nvt		nvt		nvt	
sociaal onaang.	14.8		77.3		7.5	+	64.9		7.1		79.1	
toez.+begl.beh.	55.5	+	97.9		49.6	+	93.1		48.1		98.9	+
bed opmaken	37.2		91.1	+	86.2	+	91.6	+	86.8	+	92.0	+
boodschappen	90.3	+	95.2	+	88.4	+	95.4	+	89.6	+	95.9	
kamer schoonh.	92.6		95.8		91.5		95.9		92.4		96.5	
zelf koken	92.9	+	97.9	+	91.9	+	97.6		92.4	+	98.3	
totaal	5409		2834		4889		4531		4186		2757	

verklaringen afkortingen :

crit.	= criterium	psg.	= psychisch gestoord
afd.	= afdeling	gest.	= het percentage gestoorden
som.	= somatisch zieken	m	= man
nvt	= niet van toepassing	v	= vrouw

+ = significant meer gestoord

Het begrip "signifikantie" moet in deze studie veel meer als een theoretische

Resultaten :

Bij het weergeven van de resultaten is uitgegaan van twee relevante vragen :

a- welke verschillen vinden we bij het criterium van de afdeling vergeleken met het oordeel van de arts ?

b- waarin verschillen de somatisch zieken ten opzichte van de psychisch gestoorde bewoners bij het dubbelcriterium (afdeling en oordeel arts)?

ad.a. Hierbij kunnen we het volgende konstaten :

- de bewoners op somatische afdelingen vertonen meer dan de bewoners die naar het oordeel van de arts niet psychisch gestoord zijn de volgende stoornissen : spraakstoornissen, incontinentie , katheter en sociale onaangepastheid. Ten aanzien van de spraakstoornissen , incontinentie en sociale onaangepastheid is dit tamelijk invoelbaar , aangezien het stoornissen betreft die in meerdere of mindere mate verwant zijn met psychische gestoordheid. En zoals we reeds eerder signaleerden vertoeven op een afdeling voor somatisch zieken een relatief groot aantal psychisch gestoorde (namelijk 22,0%) . Voor het item katheter gaat deze redenering niet op en we weten voor dit verschil ook geen verklaring .

De bewoners van de afdelingen voor psychisch gestoorde vertonen aanzienlijk minder dan de bewoners die door de arts als psychisch gestoord zijn gekenmerkt , de volgende stoornissen : contracturen , paralyzen , amputaties , bedlegerigheid , katheter , en decubitus ; dus allemaal typisch somatische stoornissen. Dit wordt verklaard door het feit dat tot laatstgenoemde groep een aantal bewoners worden gerekend die op een somatische afdeling vertoeven , en dus naast hun psychische gestoordheid ook een aantal somatische stoornissen vertonen. Voor het item sociale onaangepastheid geldt het omgekeerde.

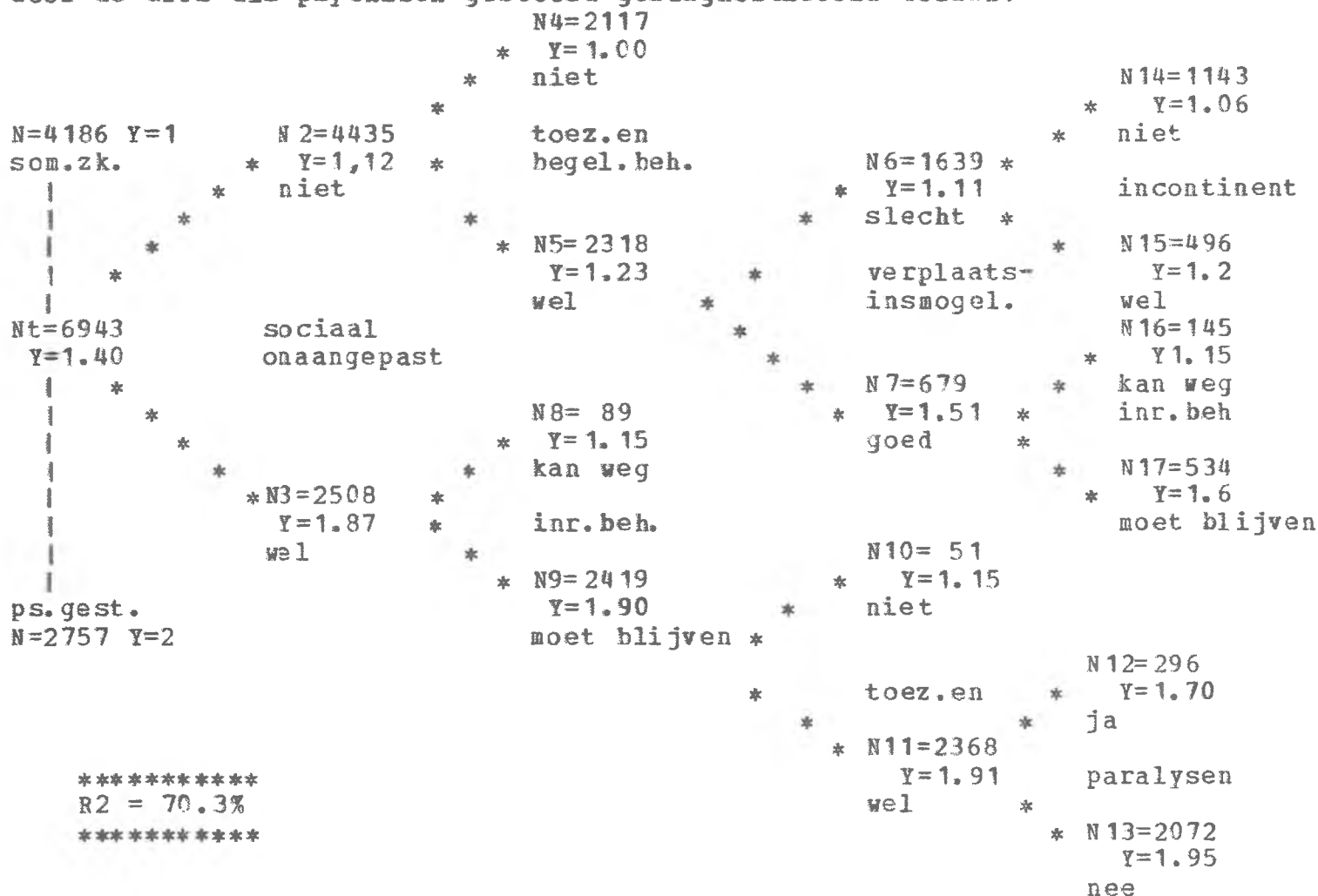
ad.b. Wat betreft de vergelijking van somatisch zieken ten opzichte psychisch gestoorde naar beide criteria brengen we eveneens de meest saillante punten naar voren : somatisch zieken hebben vaker dan psychisch gestoorde

: contracturen, paralyzen, amputaties, bedlegerigheid, katheter en decubitus. Psychisch gestoorden hebben vaker dan somatisch zieken de volgende funktiestoornissen: spraakstoornissen, incontinentie, hulp nodig bij het wassen van het gezicht, sociale onaanpassing en toezicht- en begeleidings-behoeftigheid. De bovengenoemde verschillen zijn niet verrassend: het betreft immers respectievelijk stoornissen die verwant zijn met het somatisch respectievelijk psychisch ziek zijn.

8.2. Psychische gestoordheid en de relatie met andere bewonerskenmerken.

Toelichting:

Voor de procedurebeschrijving van de AID verwijzen we naar 7.3. Bij de afhankelijke variabele hebben we de volgende dichotomie toegepast; enerzijds de bewoners die zijn opgenomen op een afdeling voor somatisch zieken en tevens niet psychisch gestoord zijn naar het oordeel van de arts, anderzijds de bewoners die op een afdeling voor psychisch gestoorden zijn opgenomen en tevens door de arts als psychisch gestoord gediagnosticeerd worden.



Figuur 2: Bewonerskenmerken als prediktoren voor het dubbelkriterium (afdeling en oordeel arts).

Resultaten :

In vergelijking met de voorafgaande frekwentietabel , waarin is gebleken dat de items afzonderlijk betrekkelijk geringe verschillen te zien gaven, levert deze procedure , waarin de items simultaan verwerkt worden een aanzienlijk betere differentiatie op : het totale percentage verklaarde variantie bedraagt zelfs 70,3%.

Bij het bestuderen van figuur 2 blijkt het proces van variantieverklaring weinig geleidelijker te verlopen; m.a.w. het is zo dat in de eerste stap reeds het overgrote deel van de variantie verklaard wordt. Bovendien is de boomstructuur tamelijk symmetrisch. Op grond van dit laatste feit blijkt al hoe eenvoudig het onderscheid tussen de beide groepen is , daar het percentage verklaarde variantie bereikt wordt met enkele items. De structuur van het netwerk echter blijft tamelijk kompleks. Niettemin eist het item sociale onaanpastheid het grootste gedeelte van de verklaarde variantie voor zich op (54,1% van de 70,3%).

Ter illustratie bespreken we enkele ekstreme eind-groepen ; groep N13 : de meest psychisch gestoorde , omdat deze een gemiddelde waarde hebben van de afhankelijke variabele van 1,95 (1= somatisch ziek, 2= psychisch gestoord) . Deze groep is als volgt te typeren : het betreft bewoners die sociaal onaanpast zijn, die in hetzelfde tehuis moeten blijven waarin ze zijn opgenomen en die toezicht- en begeleidingsbehoefstig zijn; voorts hebben ze geen paralyse. Van deze vier kenmerken is de sociale onaanpastheid het meest indicatief.

Groep N4 : de minst psychisch gestoorde (gemiddelde waarde : $\bar{Y}=1,00$) kunnen we als volgt beschrijven : het betreft bewoners die niet sociaal onaanpast zijn en niet toezicht- en begeleidingsbehoefstig.

Tot de middengroep behoort N7 ($\bar{Y}=1,51$) , dus dicht bij het over-all gemiddelde van de afhankelijke variabele van 1,40) , die als volgt te typeren is : de bewoners zijn niet sociaal onaanpast maar wel toezicht- en

begeleidingsbehoefstig ; en verder kunnen ze zich onafhankelijk van andere mensen of van hulpmiddelen verplaatsen.

Op grond van het feit dat er in zo hoge mate onderscheid gemaakt kan worden tussen somatisch zieken en psychisch gestoorden lijkt het besluit gerechtvaardigd de beide groepen bij de navolgende analyses in ieder geval ook afzonderlijk te bestuderen.

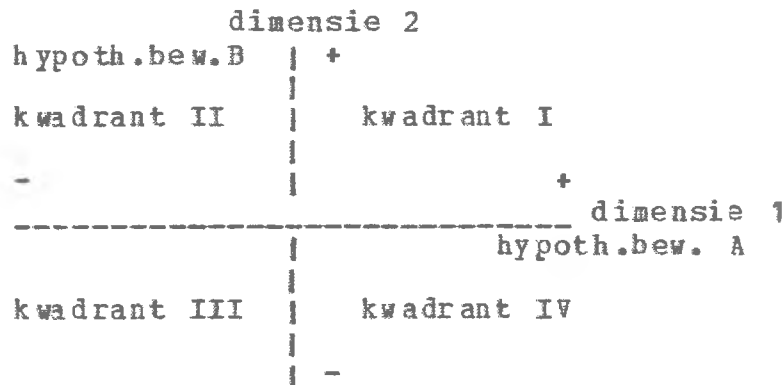
Konklusie: het onderscheid somatisch zieken psychisch gestoorden wordt voornamelijk gemaakt op grond van gedragsevaluatieve aspecten. De sociale aangepastheid speelt hierbij een voorname rol (zie nota Piebenga , hoofdstuk 2.3).

8.3. Multivariate structuur van funktiestoornissen.

Roelichting :

- We hebben gezocht naar een multidimensionele structuur van de funktiestoornissen met behulp van een Smallest Space Analysis (SSA , Roskam , 1970). Een oplossing waarbij ook de aandoeningen zijn meegenomen is te vinden in de bijlage. We komen hierop straks nog terug.
Onder funktiestoornissen rekenen we voor deze analyse : kontakstoornissen , verplegingsbehoefte , psychosociale stoornissen , ADL-items en milieu activiteiten , evenals de verplaatsingsmogelijkheid , een onderdeel van de behandelingsbehoefte , die we echter in deze stap willen opvatten als een stoornis van het bewegingsapparaat , die dus aansluit bij contracturen en paralyzen (Leering , 1968).
- De SSA is een multidimensionele schalingstechniek met een geometrische representatie van de resultaten. Het betreft hier een afstandsmodel : d.w.z. de geometrische afstand tussen de punten in de afbeelding (items) is interpreteerbaar in termen van overeenkomst. In die zin dat een kleine afstand een grote overeenkomst betekent. We gebruiken als input-maat de KAPPA , dit is een maat van "agreement" tussen twee items (zie bijlage C).
- De algemene opzet van de techniek is een reductie van een groot aantal dimensies (= het totaal aantal meegenomen variabelen) , tot een zo gering mogelijk aantal (een tot drie dimensies) , waarbij dus een zo eenvoudig mogelijke afbeeldingsruimte is verkregen (vandaar Smallest Space).
- De stress is een maat voor de "goodness of fit" ; hoe hoger de stress hoe geringer de "goodness of fit" , d.w.z. de mate waarin de gevonden oplossing een waarheidsgetrouwe weergave is van de empirische data. Mede aan de hand van de stress-maat is het mogelijk een bepaalde dimensionele oplossing te verkiezen . In het algemeen wordt die oplossing verkozen ,die een voldoende lage stress geeft , en tevens voldoet aan eisen van interpreteerbaarheid. Bij de door ons gevonden oplossingen was de stress steeds voldoende laag om te kunnen kiezen voor een twee dimensionele oplossing.
- De dimensies van de gegevens-structuur zijn te interpreteren als hypothetische bewoners A en B , die voornamelijk gekarakteriseerd worden door de bewonerskenmerken / items , in respektievelijk kwadrant II en IV . (zie onderstaand schema).

Schema 1 : voorbeeld van een dummy afbeeldingsruimte.



De items in kwadrant I hebben een positieve lading op beide dimensies (hypothetische bewoner A en B), die in kwadrant III negatief op beide. De items in kwadrant II hebben een positieve lading op dimensie 2 (hypothetische bewoner B) en een negatieve op dimensie 1 (hypothetische bewoner A). De items in kwadrant IV daarentegen laden positief op dimensie I en negatief op dimensie 2. Het zal duidelijk zijn dat de items van kwadrant I en III minder bruikbaar zijn om een van de hypothetische bewoners te typeren, omdat een item van kwadrant I en III niet of nauwelijks diskrimineert tussen A of B, terwijl de items in de andere twee kwadranten dit wel doen. De items van kwadrant II bepalen de inhoud van hypothetische bewoner B en die van kwadrant IV die van bewoner A.

- Tenslotte dient nog opgemerkt te worden dat twee variabelen die een hoge negatieve korrelatie met elkaar hebben, verder van elkaar af komen te liggen in de afbeeldingsruimte dan twee variabelen die een nul-korrelatie hebben; anders gezegd twee variabelen die een negatieve associatie hebben, komen verder van elkaar te liggen dan twee variabelen die in het geheel geen overeenkomst met elkaar hebben, hetgeen de interpretatie aanzienlijk bemoeilijkt. Om dit probleem zo goed mogelijk te ondervangen hebben we de negatieve korrelaties zoveel mogelijk uit de input-matrix verwijderd door een simpele omkering van de betreffende variabelen (zie ook Swanborn, 1973).

In figuur 3 is de onderlinge ruimtelijke representatie weergegeven van 22 bewonerskarakteristieken. De plaats van de items wordt aangegeven d.m.v. de cijfers. Men mag deze ruimtelijke configuratie als volgt lezen: het item incontinentie "heeft meer te maken met", "ligt dichterbij" de sociale onaanpastheid dan bij paralyzen etc.

Figuur 3 : Tweedimensionele SSA oplossing voor funktiestoornissen.
(psychisch gestoorde + somatisch zieken N = 6943)

*****																				*****																			
hyp.bew.B																																							

Resultaten voor somatisch zieken plus psychisch gestoorden (zie figuur 3).

De oplossing die in figuur 3 is weergegeven heeft een voldoende lage stress van 7,3% , waardoor we met een twee dimensionele oplossing kunnen volstaan.

Zuiver op grond van afstanden kunnen we de volgende resultaten noteren.

- De ADL-items blijken redelijk te klusteren , enigszins met uitzondering van het item "geen hulp nodig bij baden". Ten aanzien van inkontinentie merken we op dat de antwoordrichting niet behoeft te worden omgekeerd vanwege negatieve korrelaties , wat wel het geval was bij de overige ADL-items. Niet inkontinent zijn zou , zoals bij de oplossing zonder omkeringen (die hier niet vermeld is) van de antwoordrichtingen gebleken is , wel degelijk tot de ADL-groep behoren.
- De milieu-activiteiten klusteren goed, evenals de kontaktstoornissen,
- De verplegingsbehoefte valt uiteen in twee blokken : paralyzen en contracturen enerzijds en verplaatsingsmogelijkheid , katheter , amputaties , decubitus en bedlegerigheid anderzijds.
- Psychische gestoordheid en sociale onaangepastheid blijken duidelijk verwant. Ter illustratie geven we hier in het kort weer op welke wijze de mate van agreement is bepaald tussen deze items.

		sociaal onaangepast	
		nee	ja
psych.gestoord	nee	3887 56,0%	299 4,3%
	ja	577 8,3%	2180 31,4%

$$\text{KAPPA} = \frac{((3887 + 2180) - (299 + 577))}{6943} = 0,748$$

concordantie discordantie

Daarnaast geven we een voorbeeld voor twee items die zeer ver van elkaar liggen , en waarvan de overeenkomstmaat dus zeer gering is. (Swanborn noemt dit "random associatie").

verplaatsingsmogelijkheid

nee	3241	945
	46,7%	13,6%
psych.gestoord		
ja	2282	475
	32,9%	6,8%
	-----	-----

$$KAPPA = ((3241 + 475) - (945 + 2282)) / 6943 = 0,070$$

- Vervolgens kunnen we proberen de twee dimensies van deze afbeeldingsruimte te interpreteren, naar het voorbeeld van Bailey (1974). De dimensies die we kunnen opvatten als hypothetische bewoners, worden gekarakteriseerd respectievelijk door kwadrant II en kwadrant IV. Onder hypothetische bewoner verstaan we hier een denkbeeldige bewoner, die precies voldoet aan de betreffende kenmerken van het bijbehorende kwadrant.

Kwadrant IV, dat de hypothetische bewoner A karakteriseert, bevat de volgende kenmerken: spraakstoornissen, decubitus, katheter, amputaties, verplaatsingsmogelijkheid, paralyse en contracturen, voornamelijk dus stoornissen op somatisch gebied.

We zullen bewoner A dan ook voorzichtig (zie ook hoofdstuk: Diskussie) karakteriseren als somatisch gestoord.

Kwadrant II, dat de hypothetische bewoner B karakteriseert, omvat: geen hulp nodig bij wassen van het gezicht, naar het toilet gaan, zich kleden en baden, alle dus duidelijk niet-gestoord ten aanzien van de ADL. We zullen deze bewoner dan ook benoemen als valide ten aanzien van de ADL.

In de figuur vallen de psychische gestoordheid en de sociale onaangepastheid in kwadrant I en dragen dus niet bij tot de karakterisering van hypothetische bewoner A of B. Dit is enigszins tegen onze verwachting in, aangezien we immers de analyse hebben verricht over psychisch gestoorden plus somatisch zieken. Als we afstappen van het stringente interpretatiemodel van Bailey, op grond van de kwadranten en gewoon kijken naar de ruimtelijke ligging van de items, dan vinden we een duidelijke polariteit tussen somatische en psychische stoornissen

8.3.b. Funktiestoornissen van de somatische zieke bewoners.

Figuur 4 : SSA funktiestoornissen ; somatisch zieken (N=4186)

*****		*****	
	hyp.bew.B	*	
	-----	*	
toez- begl.beh.	16	*	
		*	
		*	
		*	
		*	
		*	
		*	
		*	
		*	
4 contracturen		*	
		*	
	visusstn. 1	*	geen hulp toilet 14
		*	
		*	
5 paralyzen		*	2 gehoorstn. geen hulp kleden 12
	spraakstn. 3	*	
*****		*****	
		*	kan bed opm. 17
		*	15 20 11
	decubitus 10	*	hyp.bew. A
		*	-----
	katheter 9	*	
verplaatsingsmog.	21	*	
	bedlegerigheid 7	*	
	incontinentie 8	*	
		*	
13 hulp nodig wassen		*	
		*	
		*	
		*	
		*	
		*	
		*	
15 = sociaal onaangepast		*	
11 = geen hulp nodig bij baden		*	
17 = geen hulp bij bed opmaken		*	
18 = kan zelf boodschappen doen		*	
20 = kan zelf koken		*	
6 = amputaties		*	
		*	-----
		*	stress = 8,9 %
		*	-----
*****		*****	

De toelichting is hetzelfde als bij 8.3.a.

Resultaten voor somatisch zieken (zie figuur 4).

De stress van de twee dimensionele oplossing in figuur 4 bedraagt 8% deze is dus weer voldoende laag.

Indien we letten op de afstanden tussen de items in de figuur kunnen we het volgende opmerken :

- De ADL-items lijken niet te klusteren ; geheel links vinden we het item "wassen gezicht" , het item "baden/douchen" komt in het centrum van de afbeelding (waar eveneens alle milieu-activiteiten terecht zijn gekomen die wel klusteren) , de overige twee ADL-items liggen geheel rechts.

De verpleegbehoefte valt wederom in twee dezelfde blokken uiteen , namelijk contracturen en paralyzen enerzijds , en verplaatsingsmogelijkheid , katheter , decubitus en bedlegerigheid anderzijds.

Voorts merken we op dat met betrekking tot het item sociale onaangepastheid de afstand tot het grootste aantal andere items veel geringer is geworden in vergelijking met figuur 3. Dit geldt dus vooral voor : de afstand tot kontaktstoornissen, milieu-activiteiten en een blok van de verplegingsbehoefte.

Interpretatie van de dimensies :

Kwadrant IV , dat dimensie 1 ofwel de hypothetische bewoner A karakteriseert bevat : geen hulp nodig bij baden /douchen en geen hulp nodig bij alle vier de items van de milieu-activiteiten. Voorts is deze bewoner sociaal onaangepast en heeft amputaties. We noemen deze bewoner valide ten opzichte van de milieu activiteiten.

Kwadrant II , dat de hypothetische bewoner B karakteriseert omvat : contracturen , paralyzen , toezicht - en begeleidingsbehoefte en in mindere mate visus- en spraakstoornissen . Bewoner B is dus bewegings- en kontaktgestoord en daardoor begeleidingsbehoefte.

Figuur 5 : SSA funktiestoornissen ; psychisch gestoorden (N = 2757)



Resultaten voor de psychisch gestoorden (zie figuur 5).

Wat de afstanden betreft valt op dat bijna alle items in een soort kluster zijn onder te brengen en dus in het geval van de psychisch gestoorden sterk met elkaar samenhangen. Uitzonderingen op deze grote klustering vormen de items van de ADL en de incontinentie. Met name voor het item incontinentie geldt dat het blijkbaar weinig of niets te maken heeft met de items in het centrum die vooral somatische aspecten aangeven. (Niet-sociaal-onaangepast-zijn wordt in het algemeen meer geassocieerd met somatisch ziek zijn dan met psychisch-gestoord-zijn) Opvallend is dat de items sociale onaanpassetheid en incontinentie , toch allebei min of meer kenmerkend voor psychisch gestoorden , ruimtelijk toch ver van elkaar liggen.

Interpretatie dimensies :

Kwadrant IV karakteriseert bewoner A en bevat de contactstoornissen (met een kleine schending door het item spraakstoornissen) , contracturen en paralyse. We noemen A dus min of meer contact- en bewegingsgestoord.

Kwadrant II geeft aan dat bewoner B niet ADL gestoord is. We noemen hem dan ook min of meer valide ten aanzien van de ADL.

8.4. Schaalbaarheid van functiestoornissen en behandelingsbehoefte.

De volgende bewonerskenmerken zijn op schaalbaarheid beproefd :

a- Functiestoornissen : in 1964 werd hieronder verstaan : bewegingsbeperkingen , psychische stoornissen , spraak- , visus- en gehoorstoornissen evenals amputaties . In onze analyse vallen de psychische stoornissen buiten de schaalanalyse omdat deze een van de criteria vormen op grond waarvan een indeling gemaakt is in somatisch zieken en psychisch gestoorden.

b- Verzorgingsbehoefte , hieronder wordt verstaan het al of niet hulp nodig hebben bij de alledaagse levensverrichtingen (ADL) zoals hulp bij het baden / douchen, aankleden, wassen van het gezicht en het toilet-gebruik.

c- Verpleegbehoefte ; hieronder vallen een aantal items die vooral gericht zijn

op een intensieve verpleegkundige kant. Te noemen zijn ; bedlegerigheid, incontinentie, katheter en decubitus.

d- Behandelingsbehoefte; deze is langs drie verschillende wegen vastgesteld; via de reaktiveringsmogelijkheden , de behandelingsbehoefte (d.i. de medische , paramedische en verpleegkundige hulp) en de inrichtingsbehoefte.

Alleen t.a.v. b- , de verzorgingsbehoefte of ADL , zijn duidelijke resultaten te vermelden. Wat de overige kenmerken betreft hebben we geen zinvolle unidimensionele schaal gevonden (vanwege een zeer scheve verdeling van de relatieve frekwenties , dus die welke niet voldoen aan de 20%-80% -eis , en vanwege te weinig items in de schaal). We zullen ons verder dan ook moeten beperken tot de schaling van de ADL.

In de proefschriften van Leering (1968) en Merkus (1974) is nagegaan of de items die betrekking hebben op de ADL schaalbaar zijn. Dit gebeurt echter met behulp van een weinig stringent model. Voor deze problematiek bestaat een mathematisch model, ontworpen door Guttman. Dit model wordt uitvoerig uitgewerkt door Felling (1971). Felling vermeldt o.a. dat de data aan een zes-tal eisen moeten voldoen wil er sprake zijn van een Guttman schaal.

Een van deze zes eisen is : de relatieve frekwentie van een item moet binnen de grenzen 20-80 % liggen.

We zullen in het kort hier de gegevens van Leering (1968) weergeven. De oorspronkelijke gegevens zijn door ons tot onderstaand resultaat bewerkt.

Tabel 14: relatieve frekwenties van de ADL (Bewerking naar Leering, 1968).

	somaatich zieken		psychisch gestoordcn	
	abs	%	abs	%
baden	1588	91.7	1420	87.6
kleden	1174	63.8	1043	64.4
toilet	821	40.6	821	50.7
wassen	1019	55.3	1057	65.7
eten	259	14.0	425	26.2
incontinentie	307	16.7	545	33.6

Deze tabel geeft het absolute aantal en het percentage gestoorden weer voor elk afzonderlijk item.

Houden we de eis aan dat alleen items voor schaalbaarheid in aanmerking komen indien de relatieve frekwentie van het item binnen de 20-80 % ligt, dan blijkt uit bovenstaande tabel dat het item baden voor beide steekproeven geen goed item is en dat eten en incontinentie geen goed item is voor de groep somatisch zieken (omdat de relatieve frekwentie te gering is).

Bovendien blijkt uit de tabel dat de volgorde van de relatieve frekwentie voor de beide steekproeven verschillend is. Hieruit zou men reeds een aanwijzing kunnen vinden voor een afzonderlijke analyse van de beide groepen. Het is immers mogelijk dat de inhoudelijke betekenis van de items voor de twee groepen verschillend beoordeeld wordt.

Omdat we dus onvoldoende grond hebben de werkwijze van Leering en Merkus te volgen, hebben we opnieuw geprobeerd de ADL in een schaal onder te brengen, ditmaal met gebruikmaking van de methode van Guttman, rekening houdend met diens eisen.

Indien slechts aan een van de allereerste vereisten voor een Guttman-schaal wordt voldaan, namelijk dat de relatieve frekwenties van de dichotome antwoordmogelijkheden binnen de grens van de 20-80 % moeten liggen, dan blijken reeds een aantal items niet voor een dergelijke analyse in aanmerking te komen. Zo bijvoorbeeld het hele blok items dat de zogenaamde tweede cirkel van Schreuder vormt; namelijk die milieu-aktiviteiten die met het huishouden te maken hebben. Meer dan 80 % van alle patienten heeft volgens het oordeel van de arts op alle vier aspecten hulp nodig en kan dus deze aktiviteiten niet zelfstandig uitvoeren.

Een voorbeeld naar de andere kant wordt gevonden bij de funktiestoornissen; hier zijn relatief te weinig patienten die een bepaalde stoornis hebben (bv. amputaties, katheter, decubitus) om dit item voor een toetsende Guttman-

heeft een dergelijke stoornis.

De probleemstelling met betrekking tot de ADL spitst zich toe op een drietal punten :

- a- welke ADL-stoornissen vormen een perfecte Guttman-schaal op grond van de steekproef 1970b en geldt dat voor beide groepen van bewoners , of geldt het voor de ene groep wel en voor de andere niet?
- b- vinden we dezelfde schaal terug bij de steekproef 1974?
- c- door welke andere bewonerskenmerken zijn de eventueel gevonden schalen met behulp van een AID- analyse te verklaren? Dit wordt voor beide groepen afzonderlijk bestudeerd.

Toelichting.

De procedure gaat als volgt in zijn werk :

De skore mogelijkheden op elk van de items zijn 0 en 1 . De minimale skore op de 4 items samen is 0 , terwijl de maksimale skore 4 is . Het theoretisch aantal mogelijke antwoordpatronen bedraagt $2 \times 2 \times 2 \times 2 (= 16)$ (2 antwoordpatronen en 4 items) ; waarvan er slechts 5 in het scalogrammodel passen namelijk de volgende :

skore	item			
	a	b	c	d
4	1	1	1	1
3	0	1	1	1
2	0	0	1	1
1	0	0	0	1
0	0	0	0	0

De overige kombinaties zijn fouten (bv. 0100). In de eerste stap wordt de rangvolgorde van de items bepaald ; in dit geval door te letten op de relatieve frekwenties van de afzonderlijke items . In dit geval krijgt item 027 de hoogste relatieve frekwentie ja (1) antwoorden , namelijk 68% , en wordt daardoor het eerste item van de schaal , in bovenstaand schema is dit dus item d , etc.

8.4.a.1. De ADL-schaal voor somatisch zieken.

De gevonden resultaten zijn weergegeven in onderstaande tabel.

Tabel 15 : A D L schaling voor somatisch zieken (1970).

item23	INCONTINENT																	
item27	HULP BIJ AANKLEDEN																	
item28	HULP BIJ WASSEN GEZICHT																	
item29	HULP BIJ TOILET																	
ITEM.: item23	item28		item29		item27													
code..	0	1	I	0	1	I	0	1	I	0	1	I	totaal					
-----I-ftn-----	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I						
4	I	0	559	I	0	559	I	0	559	I	0	559	I	559 (13,35%)				
I-----ftnI	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I						
3	I	1026	I	144	I	131	I	1039	I	11	I	1159	I	2	I	1168	I	1170 (27,95%)
I-----ftnI	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I					
2	I	700	I	48	I	620	I	128	I	137	I	611	I	39	I	709	I	748 (17,86%)
I-----ftnI	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I					
1	I	524	I	64	I	551	I	37	I	504	I	84	I	185	I	403	I	588 (14,04%)
I-----ftnI	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I					
0	I	1121	I	0	I	1121	I	0	I	1121	I	0	I	1121	I	0	I	1121 (26,80%)
I-----I-----	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I					
som	3371	815	2423	1763	1773	2413	1347	2839	4136									
perc.	81	19	58	42	42	58	32	68										
fouten	0	256	131	165	148	84	226	0	1010									
korrelatiemat.	item23	item27		item28		item29												
item27	0.6624																	
item28	0.6534		0.9284															
item29	0.7098		0.9590		0.9053													
schaal-item	0.4518		0.8301		0.7626		0.8806											

Verklaring van de afkortingen :

code = antwoordcode

0 = geen hulp nodig , niet gestoord

1 = wel hulp nodig , wel gestoord

ftn = fouten in de schaling.

Resultaten :

De volgorde van de ADL-schaal voor somatisch zieken wordt aldus :

1) hulp nodig bij het zich kleden (minst hulpbehoevend)

2) hulp nodig bij het toilet-gebruik

3) hulp nodig bij het wassen van het gezicht

4) incontinentie (meest hulpbehoevend).

Dit levert dus een andere schaal op dan wat Leering vond en wel een andere volgorde.

De reproduceerbaarheid van de schaal, dus de mate waarin het gevonden model een benadering is van het mathematisch ideale model bedraagt .94 (en voldoet hiermee aan de stringente eis van Guttman van $>.90$). De schaalbaarheidscoëfficiënt is .82 (minimum = .60).

Ten aanzien van de totaalscore op de schaal valt o.a. op te merken dat 26,8 % van al deze bewoners met betrekking tot geen van de vier ADL-items gestoord zijn. Slechts 13,3% is in alle vier items gestoord.

8.4.a.2. De ADL-schaal voor psychisch gestoorde.

Vervolgens zullen we ook de schaalbaarheid nagaan bij de psychisch gestoorde. Voor de toelichting verwijzen we naar a.1.

Tabel 16 : A D L schaling psychisch gestoorde (1970).

item23	INCONTINENT									
item27	HULP BIJ AANKLEDEN									
item28	HULP BIJ WASSEN GEZICHT									
item29	HULP BIJ TOILET									
ITEM..	item23		item29		item28		item27			
code..	0	1	I	0	1	I	0	1	I	totaal
-----I-ftn-----I-ftn-----I-ftn-----I-ftn-----I										
I			I		I		I		I	
4 I	0	1159	I	0	1159	I	0	1159	I	1159 (42,03%)
I-----ftnI			I		I		I		I	
I			I		I		I		I	
3 I	439	62	I	37	464	I	23	478	I	501 (18,17%)
I			I-----ftnI		I		I		I	
I			I		I		I		I	
2 I	280	32	I	255	57	I	57	255	I	312 (11,31%)
I			I		I-----ftnI		I		I	
I			I		I		I		I	
1 I	192	156	I	301	47	I	305	43	I	348 (12,62%)
I			I		I		I-----ftnI		I	
I			I		I		I		I	
0 I	437	0	I	437	0	I	437	0	I	437 (15,80%)
I-----I-----I-----I-----I										
som	1348	1409	1030	1727	822	1935	717	2040		2757
perc.	49	51	37	63	30	70	26	74		
fouten	0	250	37	104	80	43	280	0		794
korrelatiemat.	item23			item27		item28		item29		
item27		0.6681								

item29	0.7860	0.9437	0.9442	
schaal-item	0.5309	0.9582	0.9629	0.9278

Verklaring van de afkortingen , zie onder tabel 15

Resultaten :

Deze schaal bestaat uit precies dezelfde items als de ADL-schaal voor somatisch zieken , waarbij de reproduceerbaarheidscoëfficiënt en de schaalbaarheidscoëfficiënt eveneens erg hoog zijn , respektievelijk .93 en .80 .

In twee opzichten zijn er echter verschillen met betrekking tot de ADL schaal voor somatisch zieken :

- a- de volgorde waarin de afzonderlijke items in de schaal worden opgenomen ,
- b- de scoreverdeling.

ad.a. De volgorde wordt aldus :

- 1) hulp nodig bij het zich kleden (minst hulpbehoevend)
- 2) hulp bij het wassen van het gezicht (omgedraaid !)
- 3) hulp nodig bij het toilet-gebruik (omgedraaid !)
- 4) incontinentie (meest hulpbehoevend)

ad.b. De scoreverdeling : ruim 42% van alle bewoners die op een afdeling voor psychisch gestoorde verblijven en tevens naar het oordeel van de arts ook psychisch gestoord zijn , vertonen stoornissen op alle vier de ADL-items , daarentegen is 15,8% in geen van de vier ADL-aspekten gestoord.

8.4.b. Toetsing van de ADL-schaal aan de hand van de steekproef 1974.

Deze toetsing hebben we voor de beide groepen afzonderlijk verricht. In beide gevallen blijkt de schaal valide te zijn. We vinden namelijk in 1974 precies identieke schalen voor somatisch zieken en psychisch gestoorde als in 1970. De reproduceerbaarheids- en schaalbaarheidscoëfficiënten voldoen ruimschoots aan de

is in beide gevallen hetzelfde als in 1974. De volledige tabellen met bijbehorende statistieken zijn opgenomen in bijlage E en F.

8.4.c. De ADL-schaal en andere bewonerskenmerken.

Nu we dus een duidelijke schaal gekonstrueerd hebben voor somatisch zieken en psychisch gestoorden is het interessant na te gaan hoe de score op deze schaal samenhangt met een aantal andere bewonerskenmerken.

We doen dit door middel van een AID-analyse , omdat we weer te maken hebben met prediktors die voornamelijk op nominaal niveau gemeten zijn , waardoor bv. een polynome regressieanalyse minder in aanmerking komt. De score van een patient kan variëren van 0 (heeft geen hulp nodig bij een van de vier aspecten) tot 4 (heeft bij ieder aspect hulp nodig). Alle items van het B-formulier zijn als prediktoren in de analyse meegenomen. We zullen achtereenvolgens de twee groepen bewoners afzonderlijk bespreken met betrekking tot de ADL-stoornis.

Toelichting : de procedure van de AID is reeds uitgelegd onder 7.3.

Figuur 6: Bewonerskenmerken en hun bijdrage tot verduidelijking van de ADL-skore voor de bewoners op een somatische afdeling en niet-psychisch gestoord zijn.

```

N16 = 288
*   Y = 0.22
med.+parm

N2 = 918
*   Y = 0.62
goed

niet
ADL
gest.
|
N = 4186
Y = 1.86
verplaat.mog.
|
wel
ADL
gest.

N6 = 2117
*   Y = 1.77
geen

N4 = 2323
*   Y = 1.90
katheter
met hulp

N7 = 206
*   Y = 3.20
wel

N3 = 3268
*   Y = 2.21
slecht

verpl.mog.

N14 = 703
*   Y = 2.76
geen
katheter

N5 = 945
*   Y = 2.97
slecht

N15 = 242
*   Y = 3.59
wel

N8 = 426
*   Y = 1.03
groot

reakt.kans

N9 = 1691
*   Y = 1.96
klein

N18 = 182
*   Y = 1.66
groot

reakt.kans

N19 = 632
*   Y = 2.88
klein

```

```

** ** ** ** **
R2 = 45 %
** ** ** **

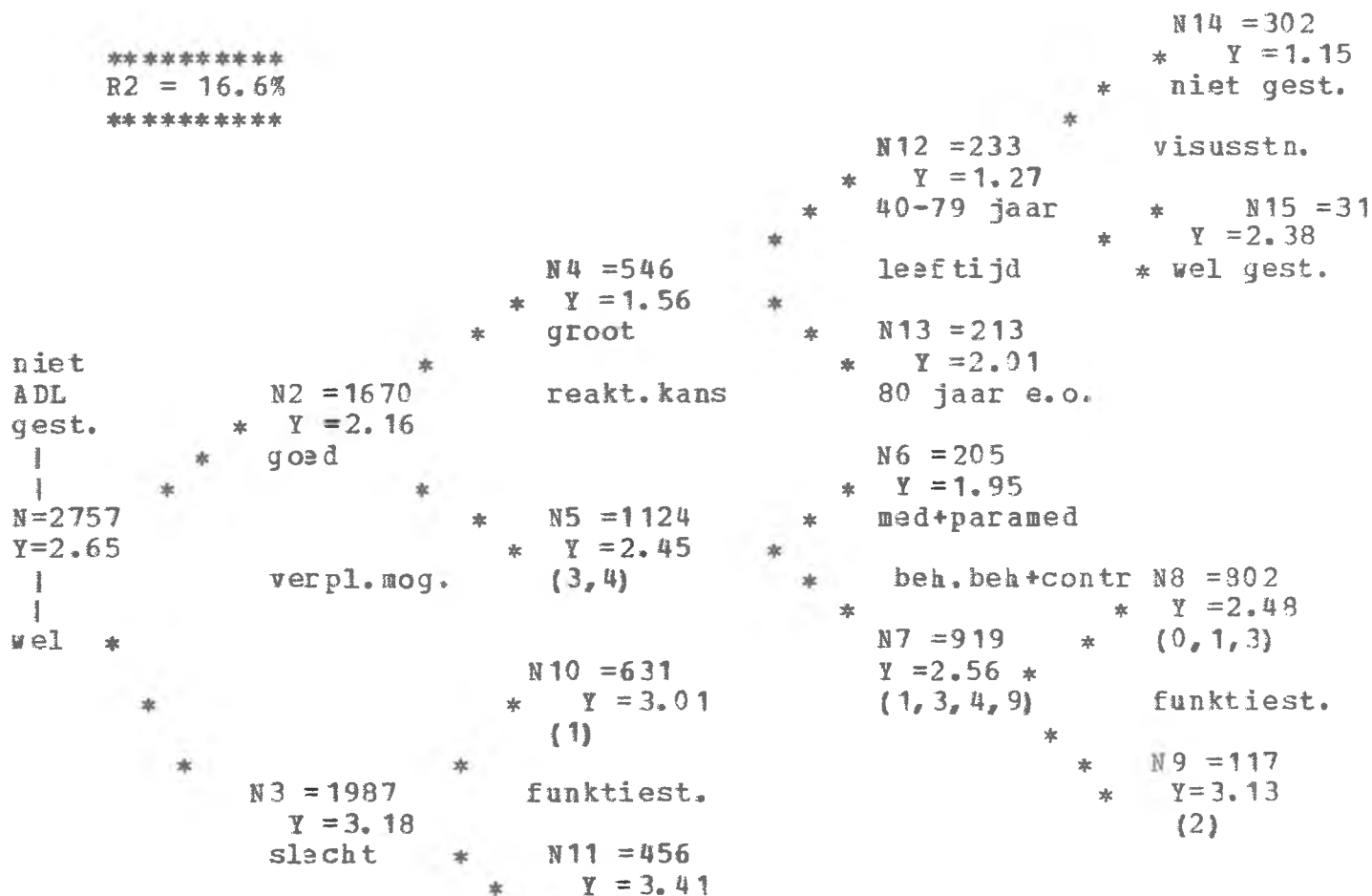
```

Uit figuur 6 blijkt dat de individuele ADL-score van een bewoner voor 45 % voorspeld kan worden. Hierbij is de variabele "verplaatsingsmogelijkheid van de bewoner" verreweg de beste voorspeller. De bewoners die bijna niet ADL-gestoord zijn, kunnen zich onafhankelijk van anderen en zonder hulpmiddelen verplaatsen, en hebben weinig tot geen medische, paramedische en of verpleegkundige hulp nodig. De bewoners die gemiddeld het meest in hun ADL gestoord zijn (N15) kunnen zich vooreerst in het geheel niet zelf verplaatsen en hebben bovendien een katheter. Ook die bewoners welke zich met hulpmiddelen of met hulp van anderen kunnen verplaatsen en een katheter hebben, zijn ernstig in hun ADL gestoord (Y = 3.2).

8.4.c.2. De psychisch gestoorden.

Voor de toelichting verwijzen we naar 7.3.

Figuur 7 : Adl-score van bewoners op een afdeling voor psychisch gestoorden die naar het oordeel van de arts ook psychisch gestoord zijn.



Ondanks de hoger gemiddelde waarde van de totale groep ($Y=2,65$) wordt de ADL-skore van deze groep slechts voor 16,6% verklaard. Weliswaar is hier weer de verplaatsingsmogelijkheid de beste prediktor, de boomstructuur is echter nogal afwijkend. Het is merkwaardig dat zo weinig variantie van de ADL-skore van deze groep bewoners wordt verklaard. Mogelijk hangt dit samen met de vele bewoners die incontinent zijn, waarvoor geen redelijke verklaring vanuit het onderzoeksmateriaal kan worden aangereikt. De schaal met functie-stoornissen komt tweemaal in het vertakkingsproces voor; deze schaal bestaat uit een optelsom van de volgende items: spraakstoornissen, paralyse en toezicht- en begeleidingsbehoefte.

Een andere mogelijke verklaring is de volgende: bij de bewoners die op een afdeling voor somatisch zieken vertoeven ligt het voor de hand dat de ADL-score redelijk verklaard wordt omdat hiervoor een aantal somatische variabelen aangereikt kunnen worden. Op een afdeling voor psychisch gestoorde lijkt het veel moeilijker de ADL-score met behulp van diezelfde somatische variabelen te verklaren. Waarschijnlijk dat met andere, meer psychische items meer van de score verklaard kan worden.

Samenvatting.

- De frekwenties zijn weergegeven voor de enkelvoudige criteria; afzonderlijk (afdeling en oordeel arts) en voor het gekombineerde criterium. Daarbij is opmerkelijk dat de somatische afdelingen nog vele bewoners tellen (22,0%) die naar het oordeel van de arts tevens psychisch gestoord zijn.
- Uit de resultaten van de AID, waarin als onafhankelijke variabele het al dan niet psychisch gestoord zijn is opgenomen, blijkt dat op grond van de overige bewonerskenmerken (B-formulier) goed gediskrimineerd kan worden. Deze uitkomst is aanleiding om bij de verdere analyses (ook) de afzonderlijke groepen (somatisch zieken en de psychisch gestoorde) te bestuderen.
- Als multivariate structuur vinden we voor de afzonderlijke groepen, naast een

aantal klusters , de volgende dimensies :

- a) voor de totale groep : dimensie 1 deze bewoner is somatisch gestoord.
dimensie 2 deze bewoner is valide t.a.v. de ADL.

Daarnaast is een duidelijke polariteit terug te vinden tussen psychisch gestoorde en somatisch zieken.

- b) Voor de somatisch zieken afzonderlijk zijn de gevonden dimensies als volgt te interpreteren :

dimensie 1 deze bewoner is valide ten aanzien van de milieuactiviteiten

dimensie 2 deze bewoner is kontakt- en bewegingsgestoord.

Van een polariteit tussen somatisch zieken en psychisch gestoorde is in deze structuur geen sprake.

- c) De psychisch gestoorde afzonderlijk :

dimensie 1 kontakt- en bewegingsgestoordheid

dimensie 2 deze bewoner is valide ten aanzien van de ADL-items.

Van een polariteit psychisch gestoorde - somatisch zieken is hier vanzelfsprekend geen sprake.

- De funktiestoornissen zijn vervolgens op schaalbaarheid getoetst. Daarbij is voor de ADL-items een perfecte Guttman-schaal gevonden; voor de afzonderlijke groepen (somatisch zieken en psychisch gestoorde) levert de schaal echter een schaal van verschillende samenstelling (kwa items) op , en bovendien is de verdeling van de schaalcores tamelijk ongelijk (gemiddeld 1,86 voor de somatisch zieken tegenover 2,65 voor de psychisch gestoorde).
- Tenslotte is geprobeerd de gevonden afzonderlijke ADL-schalen in relatie te brengen met de overige bewonerskenmerken door middel van een AID. Daarbij bleek dat de ADL-schaal van de somatisch zieken redelijk verklaard kan worden ; het item " de verplaatsingsmogelijkheid" speelt daarbij de belangrijkste rol . Voor de psychisch gestoorde was dat veel minder het geval hoewel ook daar de verplaatsingsmogelijkheid het meest van de schaalcore verklaart.

Hoofdstuk 9 : De Beoordelingsschaal voor Oudere Patienten. (BOP)

Inleiding.

In dit hoofdstuk zullen we de vraagstellingen 5,6 en 7 behandelen , die alle drie te maken hebben met de Beoordelingsschaal voor Oudere Patienten.

Dit onderzoek is voornamelijk opgezet om de volgende redenen ; we hadden behoefte aan meer informatie over de bewoners toen we de enquête van 1964 en 1970 hadden bestudeerd. Naast achtergrondgegevens , funktiestoornissen en aandoeningen zou het ook wenselijk zijn informatie over het waarneembare gedrag van de bewoner te hebben. Deze informatie zou nog uitgebreid kunnen worden met gegevens over het subjectief welbevinden. Omdat ons echter geen deugdelijke schaal bekend was en deskundigen uit de wereld van het verpleeghuis vooralsnog sterk twijfelen aan de ervaringswereld van de psychisch gestoorden , is hierover geen informatie gevraagd. Het gedrag , dat door de BOP wordt gemeten zou mogelijkwijs verklaard kunnen worden door funktiestoornissen en aandoeningen. Dit hoofdstuk valt in zes onderdelen (vier paragrafen) uiteen :

1. Toetsing van de factoranalytische structuur van de BOP ; d.w.z. een vergelijking van de structuur die werd gevonden bij de konstruktie in 1971 met het resultaat op basis van de gegevens van 1974.
- 2- Weergave van de frekwenties , afzonderlijk voor somatisch zieken en psychisch gestoorden.
- 3- Nagegaan is , d.m.v. discriminantanalyse , in hoeverre met de BOP- items een onderscheid gemaakt kan worden tussen somatisch zieken en psychisch gestoorden. Tevens vergelijken we deze oplossing met de resultaten van een discriminantanalyse waarbij de BOP-items samen met de klinische gegevens (B-formulier) als afhankelijke variabelen zijn opgenomen.
- 4- Voorts is naar een multivariate structuur van de BOP met behulp van de Smallest Space Analysis gezocht , om na te gaan of een oplossing verkregen kan worden , die en eenvoudiger van structuur is dan de factoranalytische

(minder dimensies of factoren) , en tegelijkertijd toch een goede representatie van de empirische werkelijkheid is.

5. Vervolgens gaan we na, in hoeverre de gevonden dimensies van de BOP verklaard kunnen worden door andere bewonerskenmerken met behulp van regressieanalyse.
6. Tenslotte zullen we onderzoeken in hoeverre het mogelijk is, ontwikkeling van gedragsaspecten over tijd (d.w.z. in een tijdsverloop van drie maanden) te meten.

9.1. Toetsing van de BOP.

Het lijkt de moeite waard de structuur van de BOP opnieuw te bestuderen. Deze toetsing is om de volgende redenen van belang : a- de BOP wordt op grote schaal in de praktijk gebruikt in verpleeghuizen en moet daarom zo zuiver mogelijk gehanteerd worden. b- Een analyse met gebruikmaking van de principale componenten of iteratieve clusteranalyse stelt nogal strenge eisen aan de verdeling van de scores per afzonderlijke variabele , maar eveneens aan die tussen de variabelen , c- In recente literatuur is overduidelijk aangetoond dat de principale componenten-methode niet de meest zuinige oplossingsruimte kiest , waardoor de interpretatie vaak verder verwijderd is van de empirische data dan strikt noodzakelijk is .Voor een theoretische uiteenzetting hiervoor verwijzen we naar Napior (in Shephard et al 1972).

Bij de toetsing zijn we als volgt te werk gegaan : we hebben over het materiaal van 1974 op eksakt dezelfde wijze en volgens dezelfde methode factoranalyse uitgevoerd. Ook hierbij is geen onderscheid gemaakt tussen psychisch gestoorde en somatisch zieken , omdat dit bij de konstruktie in 1971 ook niet is gebeurd. Vervolgens hebben we deze vier faktoriele oplossing naar die van 1971 geroteerd , met behulp van het programma ROTA (Roskam , 1969). We zullen hier niet de volledige oplossingen naast elkaar zetten. Het lijkt voldoende

de stress- waarden per factor en van alle factoren samen te geven :

	factor I	factor II	Factor III	factor IV	Totaal
stress	0.09	0.07	0.07	0.09	0.08

Resultaten : De rotatie van beide oplossingen naar elkaar toe levert een lage overall stress-waarde op. Ook de stress per faktor is gering. We mogen hieruit konkluderen dat nagenoeg geen verandering van structuur (faktorieel) is opgetreden; hetgeen wijst op een goede interne validiteit van het instrument.

9.2. De Frekwenties van de BOP.

Ten aanzien van de frekwenties die op de volgende pagina zijn weergegeven zullen we volstaan met enkele algemene opmerkingen :

- de percentages van de meeste items hebben een scheve verdeling , naar de kant van de niet-gestoordheid , d.w.z. ten aanzien van de meeste items is de meerderheid van de bewoners niet gestoord. Hierop zijn enkele opvallende uitzonderingen : het somber of verdrietig zijn (item 8); het personeel bij naam kennen (item 13) ; buiten de therapie zinvol bezig zijn (item 18) , en elkaar ongevraagd een handje helpen (item 22).
- de psychisch gestoorden zijn op bijna alle items vaker gestoord dan de somatisch zieken. Enkele uitzonderingen hierop zijn : hulp bij het aankleden (item 31) , huilt bij de geringste aanleiding (item 19); en is somber of verdrietig (item 8).

Tabel 17 : Percentages per antwoordcategorie voor de 35 items van de BOP.
(N = 1494 ; waarneming 1 1974)

	0	1	2	sch.	somzk.	ps.gs
1.bedreigt anderen door woord of geb.	76.8	19.4	3.8	2	11.-	32.7
2.beschuldigt anderen	75.6	19.6	4.9	2	14.7	32.9
3.heeft hulp bij eten nodig	60.9	21.8	17.3	1	28.9	42.
4.is overdag incontinent	55.-	16.6	28.5	1	31.6	54.8
5.slaat of schopt anderen	84.1	13.2	2.7	2	5.-	23.7
6.speciale voorzieningen voor stoel	83.7	6.-	10.2	3a	14.8	14.8
7.gedraagt zich overdag hinderlijk	70.9	20.8	8.4	2	16.7	36.7
8.is somber of verdrietig	43.5	45.1	11.3	3b	55.2	53.3
9.kan lopen	40.6	19.7	39.7	3a	56.6	45.2
10.kan anderen iets duidelijk maken	64.5	19.4	16.0	1	16.5	49.
11.weet in het huis de weg	48.7	14.5	36.7	1	24.2	51.9
12.beseft in wat voor huis hij is	47.5	11.6	40.9	1,3c	11.8	66.2
13.kent het personeel bij naam	38.2	11.1	50.7	1,3c	34.1	68.1
14.begrijpt anderen	66.6	24.2	9.2	1,3c	12.2	47.8
15.helpt op de afdeling	11.-	11.7	77.4	4	84.3	73.4
16.uit lichamelijke klachten	36.3	41.4	22.3	3b	68.2	48.8
17.reageert op naam	86.6	10.7	2.8	1,3c	12.9	19.2
18.houdt zich zinvol bezig	28.8	22.3	49.0	1,4	53.3	40.9
19.huilt bij de geringste aanleiding	70.8	22.4	6.8	3b	30.6	28.
20.gaait met een of meer bewoners om	34.6	26.3	39.1	1,4	45.2	53.6
21.urineert op verkeerde plaatsen	81.5	9.5	9.-	1	4.8	27.4
22.helpt andere bewoners	19.5	22.1	58.4	1,4	51.1	62.8
23.is bereid iets te doen	48.8	38.1	13.1	1	29.5	66.3
24.komt buiten	18.3	49.1	32.6	4	32.0	24.3
25.maakt overbodige bewegingen	73.6	12.-	14.4	1	11.-	34.5
26.maakt overbodige geluiden	77.7	12.6	9.7	1	8.7	29.8
27.knoopt praatje aan met anderen	38.8	32.8	28.3	1,4	42.2	74.1
28.mag de straat op	10.6	73.5	15.9	1,4	15.5	10.3
29.maakt zich gauw kwaad	48.9	38.2	13.0	2	40.9	58.5
30.zit overdag te suffen	48.2	37.2	14.7	1	32.6	64.4
31.heeft bij aankleden hulp nodig	23.9	26.-	50.2	1,3a	56.4	47.8
32.is 's nachts incontinent	52.6	16.-	31.4	1	34.1	55.7
33. speciale voorzieningen bed	69.4	3.4	27.2	1	29.1	28.
34.is 's nacht onaangenaam v. anderen	84.-	12.1	3.8	1	8.1	20.3
35.is 's nachts onrustig	81.3	15.4	3.3	1	10.3	23.

Verklaring :

0 = niet gestoord / niet hulpbehoefstig

1 = matig gestoord / matig hulpbehoefstig

2 = zeer gestoord / zeer hulpbehoefstig

somzk. = het percentage gestoorde van de somatisch zieken

ps.gs. = het percentage gestoorde van de psychisch gestoorde

sch. = tot welke factor / schaal behoort het item.

9.3. Discriminantanalyse somatisch zieken - psychisch gestoorden.

De BOP is in oorsprong bedoeld voor een screening van voornamelijk psychisch gestoorde oudere mensen ; niettemin wordt ze in de praktijk ook voor somatisch zieken gehanteerd , waarschijnlijk omdat het onderscheid psychisch gestoorden somatisch zieken minder duidelijk ligt dan in de naamgeving van het verpleeghuis gesuggereerd wordt. Het leek ons daarom noodzakelijk na te gaan of een afzonderlijke structurele analyse verricht moet worden voor somatisch zieken en psychisch gestoorden. Daartoe hebben we vooraf een diskriminantanalyse uitgevoerd , waarbij als afhankelijke variabele gold het al dan niet psychisch gestoord zijn

en als onafhankelijke variabele de afzonderlijke 35 items van de BOP. Mocht namelijk blijken dat de items van de BOP voldoende diskrimineren tussen deze beide groepen , dan lijkt een aparte structurele analyse gerechtvaardigd.

Opmerking : voor de methode van de discriminantanalyse verwijzen we naar hoofdstuk 7 . Voor de definiering van de beide groepen gebruikten we weer het dubbel-kriterium ; de afdeling waar de betreffende bewoner vertoeft plus het oordeel van de arts.

Resultaten.

In tabel 18 is weergegeven welke items de belangrijkste rol spelen in het diskriminatieproces. Tesaamen verklaren ze 61,0% van de totale variantie. Op grond van de BOP items kan dus in voldoende mate gediskrimineerd worden tussen somatisch zieken en psychisch gestoorden. De belangrijkste bijdragen leveren (zie kolom gewichten) : beseft in wat voor tehuis hij is (item 12) , kan lopen (item 9) , helpt op de afdeling (item 15) , en gaat met een of meer bewoners om (item 20) .

Tabel 18 : resultaten diskriminantanalyse somatisch zieken psychisch gestoorde.

stap	item	omschrijving	gewicht	Y-som	Y-psg	Richt.psg
1	12	beseft in wat voor tehuis hij/zij is	0.35	0.16	1.46	meer gest.
2	9	kan lopen	-0.14	1.35	0.71	minder
3	15	helpt op de afdeling	-0.10	1.76	1.61	minder
4	20	gaat met een of meer bewoners om	0.07	0.61	1.31	meer
5	2	beschuldigt anderen	0.05	0.17	0.39	meer
6	21	urineert en/of faeces op foute plaatsen	0.05	0.06	0.41	meer
7	31	heeft bij het aankleden hulp nodig	-0.05	1.18	1.27	minder
8	18	is buiten de therapie zinvol bezig	0.03	0.87	1.41	meer
9	26	maakt rare geluiden	0.03	0.12	0.43	meer
10	34	is 's nachts onaangenaam voor anderen	-0.03	0.11	0.24	meer

Klassifikatie op grond van de diskriminantfunctie (zie tabel 19).

Het blijkt dat uitgaande van de individuele scores op de diskriminant functie 87,3% van de bewoners in totaal goed geklassificeerd wordt. Van de somatisch zieken wordt 90,4% inderdaad als somatisch ziek geklassificeerd, terwijl dat voor de psychisch gestoorde 84,7% is. Verder is het interessant om na te gaan hoe de overige bewoners (die dus niet aan beide, maar slechts aan een van beide criteria voldoen), op grond van de scores op de discriminant scores worden verdeeld: 34% van deze laatste groep wordt als somatisch ziek gekenmerkt en 65,7% als psychisch gestoord. Als we bovendien kijken naar tabel .. in hoofdstuk VI dan blijkt daaruit dat het grootste gedeelte van deze niet geklassificeerden wel door de arts als psychisch gestoord wordt beoordeeld, maar niet op een afdeling voor psychisch gestoorde verblijft.

Tabel 19: klassifikatie somatisch zieken psychisch gestoorde.

werkelijke groep	aantal	som. zieken	psych. gestoorde
somatisch zieken	523	473	50
		90,4%	9,6%
psychisch gestoorde	621	95	526
		15,3%	84,7%
restgroep (een criterium)	350	120	230
		34,3%	65,7%

Totaal korrekt geklassificeerd : 87,3%

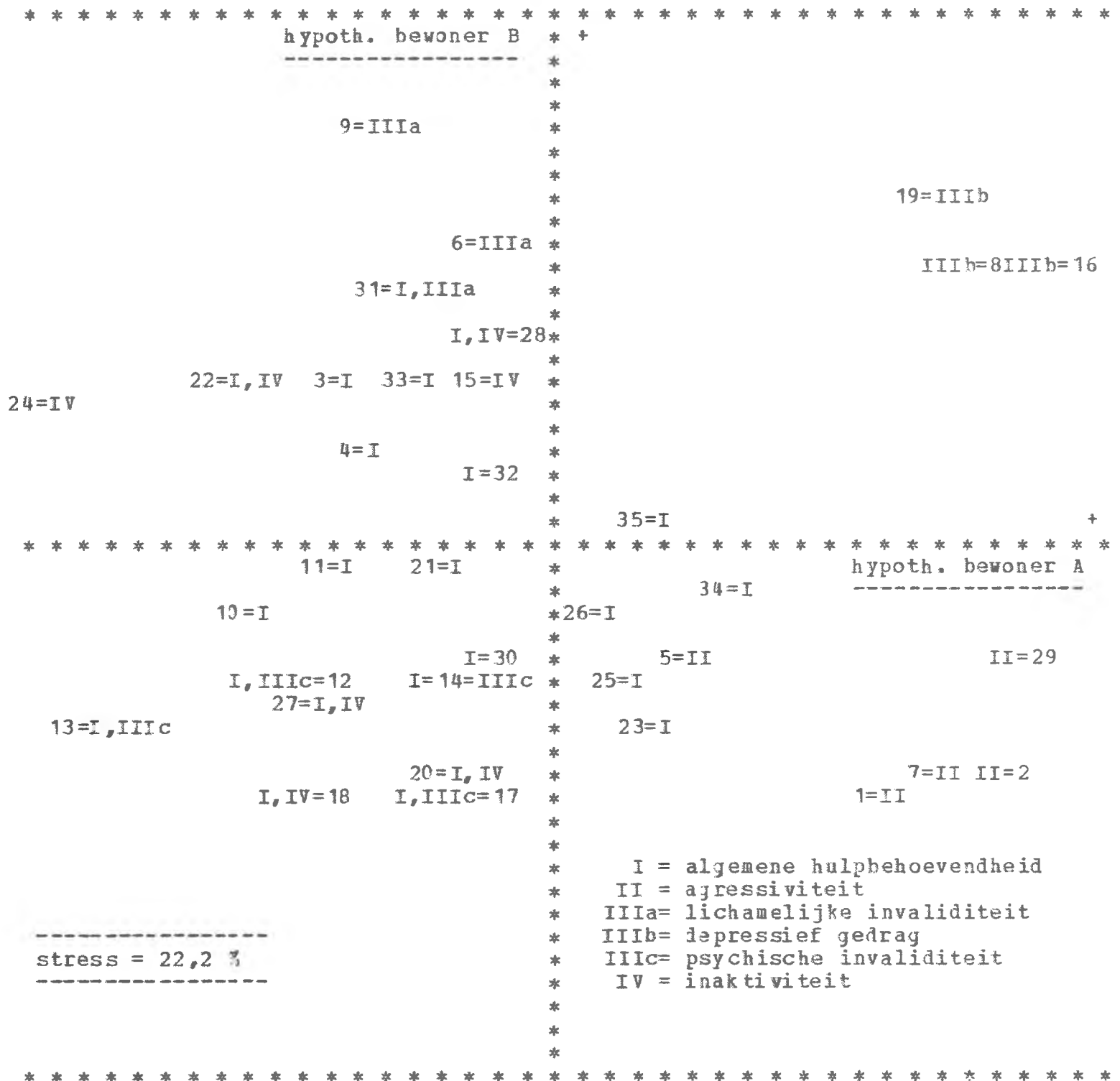
9.4. Structuur van de Beoordelingsschaal voor Oudere Patienten.

Toelichting : Met behulp van een Smallest Space Analysis is gezocht naar een structuur van gedragsbeoordelingen en dit afzonderlijk voor somatisch zieken en psychisch gestoorden. Voor een algemene toelichting op de SSA verwijzen we naar 8.3. Bij de SSA-analyse is als input de gamma-coëfficiënt gebruikt, en als toets eveneens de gewone Pearson produkt-moment-correlatie-coëfficiënt. Bij deze twee input-maten werden dezelfde resultaten bereikt. Door middel van deze alternatieve analysetechniek is het mogelijk te onderzoeken of min of meer dezelfde structuren worden gevonden als bij toepassing van de factoranalytische techniek. Daarbij dient wel aangetekend te worden dat de twee oplossingen, dus van SSA en factoranalyse, strikt genomen niet met elkaar vergeleken kunnen worden, omdat we bij de factoranalyse vier factoren hebben gevonden, terwijl bij een SSA een tweedimensionele oplossing wordt gepresenteerd. Overigens zou ook een vier-dimensionele SSA-oplossing niet direct vergelijkbaar zijn met de factoranalytische omdat er tamelijk fundamentele verschillen bestaan tussen beide technieken (Bailey, 1974).

Niettemin is het zinvol een structuur op deze alternatieve wijze te bepalen, aangezien deze een visuele representatie geeft en aldus een duidelijker inzicht in de samenhang van de items kan geven. Zoals we in de vorige paragraaf zagen, is een gescheiden analyse voor somatisch zieken en psychisch gestoorden wenselijk. Daarom geven we achtereenvolgens de resultaten weer voor de respektievelijke groepen.

9.4.a. Structuur van de BOP-items voor somatisch zieken.

Figuur 8 : SSA van de BOP voor SOMATISCH ZIEKEN WNG 1 1974 (N = 526)



De stress voor deze twee-dimensionele oplossing is aan de hoge kant : 22,2%. We menen niettemin deze twee-dimensionele oplossing te moeten bespreken om een vergelijking met die voor de psychisch gestoorden mogelijk te maken.

-a- Klustering van de items.

Als we zuiver in termen van afstand redeneren , dus nagaan in hoeverre de items bij elkaar "horen" , dan vinden we een aantal van de oorspronkelijke BOP-schalen als cluster in onze afbeelding terug : schaal IIIb , depressief gedrag ; schaal IIIa , lichamelijke invaliditeit en schaal II , agressiviteit.

Dit ondanks het feit dat bij de konstruktie van het instrument niet is uitgegaan van een gescheiden analyse voor somatisch zieken en psychisch gestoorden. De belangrijkste schaal van de BOP ; schaal I , algemene hulpbehoefvendheid blijkt echter geen homogeen cluster te vormen.

-b- Interpretatie van de dimensies : Op basis van de ligging van de clusters binnen de afzonderlijke kwadranten is het niet zonder meer mogelijk van te voren reeds de positieve pool van een der dimensies vast te stellen. We zullen daarom beide paren van kwadranten uitschrijven en vervolgens nagaan welk paar de beste interpretatiemogelijkheden biedt.

Schema 2: interpretatie van de kwadranten van figuur 8.

item	omschrijving;kwadrant II	item	omschrijving;kwadrant IV
9	kan lopen	29	maakt zich gauw kwaad
6	speciale voorzieningen stoel	2	beschuldigt anderen
31	hulp bij aankelden nodig	7	is overdag hinderlijk
28	mag de straat op	1	bedreigt anderen
22	helpt andere bewoners weleens	34	's nachts onaangenaam voor anderen
3	hulp bij eten nodig	5	slaat of schopt anderen
33	speciale voorzieningen bed	23	is bereid te doen wat gevraagd wordt
15	helpt op de afdeling	25	maakt overbodige bewegingen
24	komt niet buiten	26	maakt rare geluiden
kwadrant I		kwadrant III	
16	uit lichamelijke klachten	17	reageert op noemen naam

19	huilt gauw	20	gaat bewoners om
35	's nachts onrustig	13	kent personeel bij naam
		27	praat met anderen
		14	begrijpt anderen
		12	beseft waar hij/zij is
		30	zit overdag te suffen

Als we het overzicht van de items binnen de kwadranten op interpreteerbaarheid beoordelen ,

geven we de voorkeur aan kwadrant II en IV (overigens toch een vrij willekeurige keuze , omdat ook kwadrant I en III tamelijk coherente groepen van items bevatten) .

Dimensie I (hypothetische bewoner A) noemen we dus een agressieve bewoner

Dimensie 2 (hypothetische bewoner B) wordt vooral gekenmerkt door lichamelijke invaliditeit. Als we kwadrant I en III hadden gekozen zouden we de hypothetische bewoners respektievelijk hebben genoemd: depressief en kontakt-gestoord.

9.4.b. Structuur BOP-items voor de psychisch gestoorden.

De stress van deze twee-dimensionele oplossing bedraagt 13,6%. Dit lijkt een redelijk bevredigende oplossing , redelijker dan bij de somatisch zieken

-a- Klustering van de items :

Bij de bestudering van de representatie vinden we een groot cluster (19 items). De inhoud van dit cluster kunnen we echter hoogstens met de algemene noemer "psychische gestoordheid" aanduiden. schaal IIIb en Schaal II klusteren evenals bij de somatisch zieken in hoge mate. Schaal IIIa (lichamelijke invaliditeit) is niet zo duidelijk te herkennen als bij de somatisch zieken.

* * * * *

[illegible]

+ * hypot. bew. B

* * * * *

-b- Interpretatie van de dimensies :

In eerste instantie lijkt deze oplossing erg veel op die van de somatisch zieken , als we ons een draaiing rondom de horizontale as voorstellen. Naar analogie van de afbeelding bij de somatisch zieken kiezen we hier voor een interpretatie van kwadrant I en III ; de items die het best het betreffende kwadrant representeren zijn hieronder weergegeven.

Schema 3: interpretatie van de kwadranten van figuur 9.

Overzicht items		kwadrant I		kwadrant III	
2	beschuldigt anderen	24	komt buiten		
29	maakt zich gauw kwaad	30	zit overdag te suffen		
1	bedreigt anderen	9	kan lopen		
7	is overdag hinderlijk	28	mag de straat op		
5	slaat of schopt anderen	15	helpt op de afdeling		
34	's nachts onaangenaam voor anderen	3	hulp bij eten nodig		
35	's nachts onrustig	22	helpt andere bewoners weleens		
26	maakt rare geluiden	6	speciale voorzieningen bed		
25	maakt overbodige bewegingen	31	hulp bij aankleden nodig		
		18	is zinvol bezig		
		27	maakt praatje met anderen		

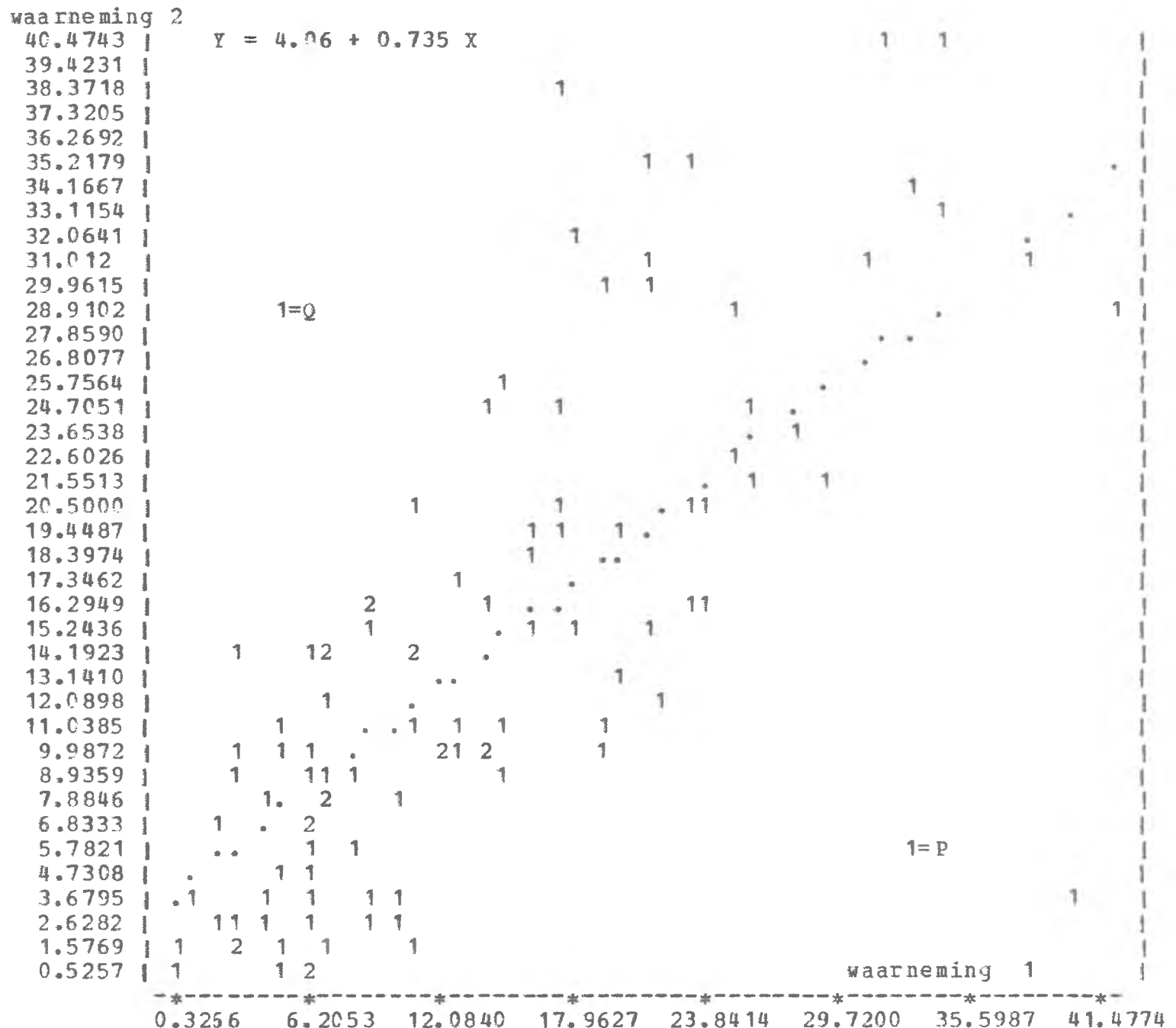
Dimensie 1 (kwadrant I) geeft voornamelijk de agressieve psychisch gestoorde bewoner weer.

Dimensie 2 (kwadrant III) is de psychisch gestoorde bewoner die inactief is.

9.5. Gedragsbeoordelingen over tijd.

In een poging te onderzoeken of er verschillen optreden in het gedrag (gemeten met de BOP) hebben we de score van de bewoners van een verpleeghuis van de eerste waarneming (januari 1974) afgezet tegen de score van de tweede waarneming (april 1974). We hebben daarbij gekozen voor de score op schaal I , nadat ons gebleken was dat schaal I inderdaad "algemene hulpbehoefendheid " meet (zie 9.1.) , en waarschijnlijk een zuiverder aspect van het gedrag weergeeft dan een totaalscore op alle items. Als methode hebben we gekozen voor een polynome regressieanalyse . Deze methode levert ook een duidelijke visuele weergave van de resultaten op. Een eerste graads-vergelijking was voldoende (R^2 1ste graadsvergelijking .73; R^2 2de graadsvergelijking .78). Een weergave van de bewoners van een afzonderlijk tehuis leek interessanter , omdat dit overzichtelijker blijft dan een weergave van de veranderingen bij alle bewoners.

Figuur 10 : SCH1.1 X SCH2.1 ALG.VERPL. ENSCHEDE (N = 104)



Roelichting.

Schaal I bevat 23 items, waarvan de score 0, 1 en 2 kan zijn. De score (minimaal 0 en maximaal 46) van waarneming 1 is afgezet op de horizontale as en die van de tweede waarneming op de vertikale. De regressielijn, die de gemiddelde voor- of achteruitgang aangeeft is gemarkeerd door middel van puntjes(...). De cijfers in de afbeelding staan voor subjecten: een 1 betekent dat een bewoner op die plaats in de afbeeldingsruimte ligt, een 2 geeft aan dat 2 bewoners op dezelfde plaats liggen.

Resultaten.

- De regressieformule , voor een eertse graadsvergelijking ziet er in het algemeen als volgt uit :

$$Y = a + b.X$$

- a (de konstante) geeft in dit geval aan dat er sprake is van een konstante achteruitgang van 4.06 ; b (de regressiecoefficient) geeft echter aan dat deze konstante achteruitgang naarmate de beginscore hoger in steeds sterkere mate ongedaan wordt gemaakt of zelfs overtroffen.
- De regressielijn geeft aan dat vooruitgang en achteruigang elkaar nagenoeg opheffen. De groep bewoners die boven de regressielijn is afgebeeld is achteruit gegaan ten aanzien van de algemene hulpbehoevendheid , die welke beneden de regressielijn is weergegeven is sinds de eerste waarneming vooruitgegaan. Ter illustratie : bewoner P (rechts onder in de afbeelding) had in de eerste waarneming een score op schaal van 33 en in de tweede waarneming van 6. Deze bewoner is dus in hoge mate vooruitgegaan. Bewoner Q daarentegen had in de eerste waarneming een score van 5 en in de tweede waarneming een score van 29; een grote achteruitgang. De spreiding bij de groep bewoners die vooruitgegaan is (beneden de regressielijn) is aanzienlijk geringer dan die van de groep welke achteruitgegaan is ; anders gezegd , de achteruitgang is in de afgelopen drie maanden in het algemeen sneller verlopen dan de vooruitgang.
 - De begingestoordheid (waarneming 1) is bij de groep welke is vooruitgegaan reeds aanzienlijk geringer dan bij de groep welke is achteruitgegaan.
 - Interessant zou verder zijn om door middel van deze methode verschillende tehuizen naast elkaar te zetten , en aldus "het sukses" van de tehuizen te meten. Voorts biedt deze methode de mogelijkheid om na te gaan hoe de bewoners binnen een afdeling worden afgebeeld. Ook daardoor zou men "het sukses" van een afdeling kunnen meten en daardoor mede ook het algemene plaatsings- cq. behandelingsbeleid.

Samenvatting .

Dit hoofdstuk is in de volgende punten kort weer te geven:

- Een nieuwe faktoranalytische toetsing van de Beoordelingsschaal voor Oudere Patienten biedt een vrijwel identieke oplossing als de oorspronkelijke ; dit wijst op een goede interne validiteit van het instrument.
- De belangrijkste trends die uit de frekwentiegegevens naar voren komen zijn :
 - a) de meeste bewoners zijn ten aanzien van de BOP-items niet gestoord.
 - b) de psychisch gestoorde zijn op bijna alle items vaker gestoord dan de somatisch zieken.
- Met behulp van de items van de BOP kan goed gediskrimineerd worden tussen somatisch zieken en psychisch gestoorde. De verklaarde variantie is 61,1%. Het item dat het beste diskrimineert is item 12 : " beseft in wat voor soort tehuis hij/zij is". Dit resultaat is nagenoeg gelijk aan de oplossing op basis van de klinische gegevens (B-formulier). De verklaarde variantie bedraagt nu 59,3%. Bij een combinatie van de beste items uit beide groepen (BOP- en B-formulier) wordt een nog iets betere oplossing verkregen ; de verklaarde variantie is nu 68,8%.
- De gevonden multivariate structuur rechtvaardigt de volgende conclusies :
 - a) bij de somatisch zieken : van de oorspronkelijke (lees : d.m.v. faktoranalyse gevonden) schalen vinden we de volgende ook in de SSA afbeelding terug : IIIB, depressief gedrag, IIIa lichamelijke invaliditeit en schaal II agressiviteit . Opvallend is dat de belangrijkste schaal ,I algemene hulpbehoevendheid niet als een cluster wordt teruggevonden. De twee dimensies kunnen we vervolgens interpreteren : dimensie 1 : agressiviteit , en dimensie 2 : lichamelijke invaliditeit.
 - b) Bij de psychisch gestoorde vinden we geen duidelijk benoembare clusters. De dimensies komen hier te heten : dimensie 1 : agressiviteit en dimensie 2 lichamelijke hulpbehoevendheid (beperkte aktieradius).

Hoofdstuk 10 : Typologie van bewoners.

Inleiding.

In de voorafgaande hoofdstukken was steeds sprake van analyses tussen variabelen (attributen) over bewoners. Het ging erom een structuur tussen deze variabelen (aandoeningen, funktiestoornissen en gedragsbeoordelingen) vast te stellen. Indien de gevonden structuur duidelijk en eenzinnig zou zijn was het mogelijk geweest aan ieder subjezt scores toe te kennen (al of niet gewogen), waarna het mogelijk zou zijn geweest (Napier et al, 1973) iets over de subjekten te zeggen. De gevonden structuur is echter niet van dien aard dat wij menen tot deze procedure te kunnen overgaan. Dit hoofdstuk zal een meer direkte weg aangeven om de bewoners zelf te typeren. We gebruiken hiervoor de Q-methode die we hier kort bespreken. De analyse heeft tot doel een structuur tussen bewoners vast te stellen met behulp van een aantal bewonerskenmerken.

We willen erop wijzen dat het volgende slechts een eerste aanzet is tot een bewonerstypologie. Daartoe hebben we ons beperkt tot het materiaal van het onderzoeksample 1974, omdat hierin slechts een betrekkelijk gering aantal tehuizen en dus ook een betrekkelijk gering aantal bewoners heeft meegedaan. Voorts omdat het materiaal van meer recente datum is. En tenslotte omdat het aantal gegevens groter is en derhalve een beter inzicht kan verschaffen dan dat van de voorafgaande onderzoeksjaren, door toevoeging van de gedragsbeoordelingen.

Om deze bewonerstypologie te kunnen uitvoeren (op de hovenbedoelde meer direkte manier) hebben we een Q-methode toegepast. Een van de meest voor de hand liggende en meest gebruikte technieken is de Q-factoranalyse (m.n. de principale componenten methode) (Holley en Nilsson, 1973). Een via deze methode gevonden tweedimensionele oplossing is in 10.1.a. als eertse weergegeven.

Als alternatieve methode is bovendien gekozen voor een Q-SSA. Deze oplossing wordt naar het voorbeeld van Bailey(1974) , vergeleken met die van de principale componenten methode (ook in 10.1). Aangezien vanuit de literatuur m.b.t. de SSA verwacht mag worden , dat deze analysemethode bij reductie tot een gering aantal dimensies (2 - 3) een meer korrekte afbeelding geeft van de empirische data , dan de principale componenten methode , zullen we de resultaten van de Q-SSA uitvoeriger bespreken. Het hanteren van de Q-SSA methode houdt kortweg in dat dezelfde methode is toegepast als bij de R-SSA (zie hoofdstuk 8) , en met dit verschil dat in plaats van bewonerskenmerken nu de bewoners zelf als eenheden worden opgevat om een structuur tussen hen te bepalen (zie bijlage C).

Omdat het totale onderzoeksmateriaal afkomstig is van negen verpleeghuizen met in totaal 1494 bewoners , over wie 90 gegevens zijn ingewonnen , zijn een aantal verschillende analyses mogelijk. Eerst zullen we een bewoners-typologie bespreken betreffende zeven van de negen verpleeghuizen, die bij beide waarnemingen hun materiaal volledig instuurden. De typologie is gebaseerd op de scores van 78 variabelen , die optimaal dichotoom (rond de 50-50 %) zijn gemaakt , nadat de frekventies per antwoordcategorie van de variabelen bekend waren. Met betrekking tot de variabelen hebben we de volgende keuze gemaakt:

- a- funktiestoornissen (23)
- b- gedragsbeoordelingen (35)
- c- aandoeningen (20)

Hierbij zijn dus de achtergrondvariabelen buiten beschouwing gelaten.

We hebben gemeenl in deze analyse geen a priori onderscheid te moeten maken in somatisch zieken en psychisch gestoorden. Wel zullen we achteraf nagaan, hoe beide groepen in de oplossingsruimte afgebeeld worden. Omdat we de structuur tussen de bewoners visueel willen maken en tevens gebruik willen maken van min of meer bekende , multivariate analyse- technieken, waren we genoodzaakt tot de volgende keuzen:

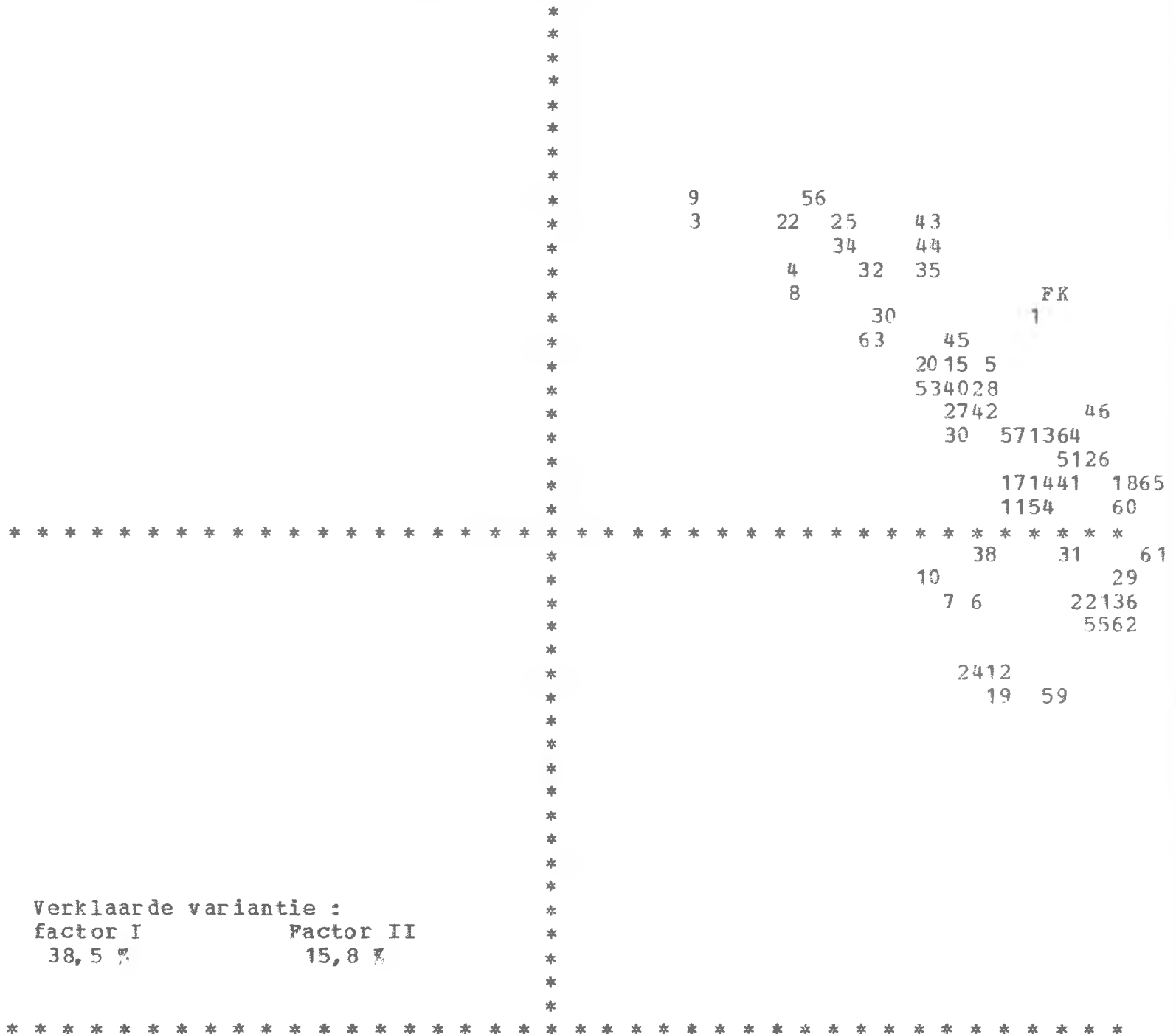
-a- Indien een structuur voor alle 1494 bewoners wordt gezocht (dus over alle negen verpleeghuizen) zijn we genoodzaakt een random sample van .05 te trekken. Van dit random sample worden de eerste 65 subjekten in een Q-SSA analyse betrokken.

-b- Indien een structuur voor alle patienten per verpleeghuis wordt gezocht is de samplings-faktor steeds aangepast aan het totale aantal bewoners van dat bepaalde verpleeghuis. Een verpleeghuis, waarvan een betrekkelijk klein aantal bewoners in het onderzoek is betrokken, heeft dus een hoge samplings-faktor.

Voor alle duidelijkheid : in 10.1 worden de resultaten voor alle tehuizen van het sample 1974 tesamen besproken (overall-analyse) , in 10.2 en 10.3 zal dit voor twee afzonderlijke tehuizen worden gedaan (respektievelijk een tehuis voor psychisch gestoorde bejaarden en een somatisch verpleeghuis). Van beide laatste twee tehuizen zullen twee verschillende samples worden bestudeerd.

10.1.a. Resultaten principale componenten methode (Q-analyse). In figuur 11 is het resultaat weergegeven van de eerste twee ongeroteerde principale componenten op de eerste 65 bewoners van het eerst getrokken sample. Met deze twee principale componenten wordt in totaal 54.4% van de bewoners - variantie verklaard. De kommunaliteit (= het percentage verklaarde variantie van de bewoner door de twee getrokken factoren) loopt nogal uiteen. Indien we figuur 11 nader bestuderen in combinatie met de gegevens van overzicht 1 dan blijkt dat de bewoners die positief op factor I laden ,weinig tot zeer weinig gestoord zijn op de betreffende 78 variabelen , terwijl bewoners die positief laden op factor II zeer zwaar gestoord zijn op nagenoeg de meeste van de 78 variabelen. De patienten die in het midden tussen factor I en factor II liggen in het positieve kwadrant, hebben over het algemeen een matige gestoordheid.

* * * * *



```
** 2 16 ** 17 23 ** 25 39 ** 14 48 ** 5 47 ** 28 49 ** 21 50 ** 34 52 **26 58 **
** bovengenoemde bewoners vallen in de afbeeldingsruimte tesamen ;
   bewoner 2 is wel afgebeeld , bewoner 16 niet **
```

Een voorlopige indruk van deze figuur wekt de volgende vermoedens :

- a- Dit random sample van 65 bewoners , verdeeld over 7 verpleeghuizen is betrekkelijk simpel te beschrijven. Hoewel het beeld van de individuele bewoner kompleks kan zijn , ook in vergelijking met andere bewoners , wijst de uiteindelijke structuur naar een vrij eenvoudige kwantitatieve structuur. Bewoners-typen zijn op te delen in drie groepen , die geleidelijk in elkaar overgaan : namelijk bewoners die respektievelijk weinig, matig of zwaar gestoord zijn. Wel moeten we voor alle duidelijkheid erop wijzen , dat deze resultaten de neerslag zijn van de beoordelingen van verpleegkundigen en de arts; het kan dus zijn dat het beeld van de bewoner komplexer is dan hier wordt gevonden , maar dat het beeld dat de arts en de verpleegkundige van hem hebben toch een vrij grove maat is.
- b- Niet-psychisch gestoorde bewoners konsentreren meer om de positieve pool van factor I (dat wil zeggen relatief weinig tot matig gestoord) , terwijl de psychisch gestoorde bewoners meer rond de positieve pool van factor II zijn afgebeeld.
- c- Wel zijn er nog tamelijk veel uitzonderingen op het voorgaande (b-) bij de psychisch gestoorde bewoners ; er is bij hen namelijk een groot aantal dat ook , evenals de niet--psychisch gestoorde bewoners , betrekkelijk weinig gestoord is.
- d- Na grondige bestudering van de ruwe data blijkt dat het voornamelijk de BOP-items zijn op grond waarvan de differentiatie tussen bewoners ontstaat.
- e- De bewoners-typologie levert ten dele tevens een verpleeghuizen typologie op ; het is echter niet zo dat bewoners van een bepaald verpleeghuis een aparte groep vormen in vergelijking met bewoners van een ander verpleeghuis.

10.1.b. Resultaten Q-SSA (overall-analyse).

Een structuur van dezelfde 65 bewoners , verkregen volgens het SSA-model , is weergegeven in figuur 12. Het gaat hier weer om een twee-dimensionele oplossing. De stress , hoewel hoger dan bij de R-SSA in hoofdstuk 8 , is mede gezien het veel groter aantal elementen (65 versus 21) , nog tolerabel , namelijk 16,8%.

Bij de bestudering van de figuur leggen we op de volgende punten de nadruk :

- a- het klusteren van bepaalde bewoners die in de afbeeldingsruimte dicht bij elkaar liggen ,
- b- interpretatie van de dimensies,
- c- hoe is de ligging van de bewoners van een zelfde tehuis, in de afbeeldingsruimte ,
- d- waar is de ligging van de psychisch gestoorden versus de niet-psychisch gestoorden.

[illegible]

E = Alg. verpl. Enschede S
S = St. Jansgeleen SP
D = Donnelhoef Eindhoven S

P = voor psychisch gestoorden
S = voor somatisch zieken
SP = voor beide categorieën

ad.a.

Alweer door het grote aantal elementen (bewoners) in de analyse betrokken , is het hier minder eenvoudig duidelijke klusters op het spoor te komen dan bij de R-SSA in hoofdstuk 8. Met enige moeite kunnen we niettemin de volgende groepen van bewoners onderscheiden :

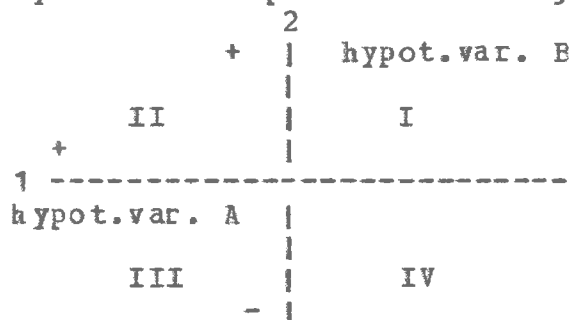
- helemaal links in de afbeelding vinden we een groep bewoners die op het B-formulier en de BOP zwaar hulpbehoevend c.q. gestoord zijn (9, 22, 52, 34, 3, 25, 56, 35, 43, 39, 44, 4, 32).
- rechts in de afbeelding vinden we een een cluster van aanzienlijk minder hulpbehoevende bewoners (10, 12, 50, 16, 62, 55, 59, 19, 21, 2, 37, 33, 24, 6).

In het licht van de punten die nog besproken moeten worden lijkt het weinig zinvol de klustering verder te analyseren.

ad.b.

Gezien de in a. gevonden klusters leek het ons zinvol de horizontale dimensie, of "hypothetische variabele A" , hulpbehoevend te noemen. Dit impliceert dan dat de richting van toenemende hulpbehoevendheid van rechts naar links verloopt , waardoor de plaats van de kwadranten als volgt wordt :

Schema 4 : Dummy voor interpretatie van figuur 12.



We hebben vervolgens de voor de interpretatie meest relevante elementen namelijk die in kwadrant I en III aan de hand van de ruwe data in onderstaand overzicht weergegeven.

Schema 5 : Overzicht van de 78 items op grond waarvan Q-analyse is uitgevoerd.

tt	e	omschrijving item	tt	e	omschrijving item
	1	visusstoornissen	1		is buiten therapie zinvol bezig
	2	gehoorstoornissen	2		huilt gauw
	3	spraakstoornissen	3		gaat met andere bewoners om
	4	contracturen	4		urineert op foute plaatsen
	5	paralysen	40	5	helpt andere bewoners
	6	amputaties	6		is bereid tot iets
	7	bedlegerig	7		komt buiten
	8	inkontinent	8		maakt overbodige bewegingen
	9	katheter	9		maakt rare geluiden
	0	decubitus	0		praat uit zichzelf met anderen
	1	hulp bij baden	1		mag de straat op
	2	hulp bij kleden	2		maakt zich gauw kwaad
	3	hulp bij wassen	3		zit overdag te suffen
	4	hulp bij toilet	4		hulp bij aankleden
10	5	psychisch gestoord	50	5	's nachts inkontinent
	6	sociaal onaangepast	6		valt uit bed
	7	toezicht en begeleidingsbeh.	7		is 's nachts onaangenaam
	8	hulp bij bed opmaken	8		is 's nachts onrustig
	9	hulp bij boodschappen doen	9		c.v.a.
	0	hulp bij kamer schoonhouden	0		multiple sclerose
	1	hulp bij koken	1		parkinson
	2	verplaatsingsmogelijkheid	2		chronisch rheuma
	3	reaktiveringskansen	3		arthrosis deformans
	4	bedreigt anderen	4		fract. colli femoris
20	5	beschuldigt anderen	60	5	diabetes mellitus
	6	hulp bij eten nodig	6		maligne tumoren
	7	overdag inkontinent	7		aandoeningen van bloed
	8	slaat of schopt anderen	8		stofwisselingsziekten
	9	valt uit stoel	9		vaataandoeningen
	0	is overdag hinderlijk	0		hartaandoeningen
	1	is somber of verdrietig	1		ademhalingsstoornissen
	2	kan lopen	2		aandoeningen van spijsvertering
	3	kan anderen iets duidelijk maken	3		aand. van tractus urogenitalis
	4	weet de weg in het tehuis	4		traum. aand. centr. zenuwstelsel
30	5	beseft in welk tehuis hij is	70	5	overige aand. centr. zenuwst.
	6	kent het personeel bij naam	6		aand van het bewegingsap.
	7	begrijpt anderen	7		aand. van de huid
	8	helpt op de afdeling	8		deficientieziekten
	9	uit lichamelijke klachten			
	0	reageert op noemen naam			

Verklaring : TT = tientallen E = eenheden

De verticale nummering van de items stemt overeen met de horizontale nummering in schema 6. Voorbeeld : hulp bij het toilet (nummer 14) in schema 5. Uit schema 6 volgt dat alle 8 bewoners die afgebeeld zijn in kwadrant I inderdaad hulp nodig hebben bij het toilet. Van de bewoners die in kwadrant III zijn afgebeeld hebben alleen bewoner nr. 7, 17, 18 en 54 hulp nodig bij het toilet.

Schema 6 : Bewoners in kwadrant I en III en hun stoornissen (figuur 12).
Bewoners van kwadrant III :

	10	20	30	40	50	60	70
1234567890123456789012345678901234567890123456789012345678							
4 **	** *****	*****	** *****	** *****			*
39 *	* *****	* ****	** *****	**** *****	**** **		**
32 *	* *****	** *	*****	** *****	* ****		* * *
56 *	* *****	** *****	*****	* *****	**** *****		
25 *	* *****	* ** *	*****	*****	** *****		* *
43	* *****	*****	*****	** * **	* *****		* *
44	* *****	** **	* *****	* * **	* * *****		*
35*	* *****	**	*****	* *****	* ****		*

Bewoners van kwadrant I :

	10	20	30	40	50	60	70
1234567890123456789012345678901234567890123456789012345678							
7	* *	*** *	*****	**	**	*	** * *
10	*	*	*****	***	** *	* **	* * *
11	**	**	***** *	**	**	*** *	* * *
12	*	*	***	**	*	*	* * *
14	*	*	*****	** *	** *	* *	* * *
16*		*	* **	*	* **	*	* *
17	* **	** **	***** *	* *	**	* *	* * *
18*		** *	*****	** *	* **	*	*
50	*	**	***** *	*	*	*	*
54	* *	****	*****	*	* *	*	* *
61	*	**	*****	*	**	**	*

* = gestoord , c.g. hulpbehoefstig ten aanzien van

De groep bewoners in kwadrant III heeft gemiddeld 38,6 stoornis , terwijl die van kwadrant I "slechts" 18,1 stoornis gemiddeld hebben.

Uit deze beide overzichten kunnen vervolgens de meest saillante verschilpunten tussen beide kwadranten worden afgeleid die zijn weergegeven in onderstaand schema :

Schema 7 : verschillen kwadrant I en kwadrant III

	I	III		I	III		I	III
spraakstn.	1	5	overdag incontinent	0	8	urineert fout	0	5
contracturen	3	0	slaait anderen	0	4	helpt anderen	1	7
paralysen	4	0	hinderlijk gedrag	2	5	bereid, anderen	1	8
amputaties	2	0	somber	7	3	praatje	2	8
bedlegerig	2	0	niet lopen	10	4	is gauw kwaad	2	6
incontinent	1	8	niet duidelijk	0	8	hulp aankleden	3	8
hulp wassen	2	8	weet niet de weg	2	8	's nachts incon	0	6
hulp toilet	4	8	beseft niet waar is	0	8	C.V.A	4	1
ps.gestoord	1	8	kent personeel	2	8	arthr.def.	4	0
soc.onaangep.	0	8	begrijpt anderen	0	8	maligne tumoren	3	0
verplaats.mog.	3	1	lichamel.klachten	11	3	hartaandoening.	0	4
bedreigt and.	1	6	is niet zinvol bezig	1	8			
hulp eten	0	7	gaat met anderen om	2	8			

Hieruit blijkt dat de groep bewoners in kwadrant III voornamelijk gekenmerkt wordt door het gestoord zijn op de volgende variabelen , in tegenstelling tot de groep bewoners van kwadrant I :

contracturen , paralyzen , amputaties, bedlegerigheid , verplaatsingsmogelijkheid , somberheid (BOP-item 8) ,lopen(10) , lichamelijke klachten (16) , CVA en arthrosis deformans.

Met uitzondering van het somber zijn zijn alle bovengenoemde stoornissen van een somatisch karakter. We zullen dus de hypothetische variabele B "somatische gestoordheid" noemen.

Uit schema 7 blijkt dat de bewoners van kwadrant I op een bepaalde variabele vaak gestoord zijn en bovendien op veel variabelen tegelijk gestoord zijn. Dit wordt ondersteund door het feit dat we vonden dat de bewoners van kwadrant I gemiddeld 38,6 stoornissen vertoonden , terwijl die van kwadrant III "slechts" 18,1 . Bovendien kunnen we stellen dat het karakter van deze stoornissen tendeert naar psychische gestoordheid (zie overzicht).

We kunnen daarom de hypothetische variabele A ; dimensie 1 : de mate van gestoordheid in het algemeen noemen ; hypothetische variabele B (dimensie 2) komt te heten ; somatische gestoordheid.

Resumerend kunnen we het bovenstaande als volgt weergeven :

horizontaal : de mate van gestoordheid (veel -- weinig)
met een tendentie tot toenemende psychische gestoordheid.

vertikaal : de soort van gestoordheid
sterk somatisch gestoord versus minder somatisch gestoord.

ad.c.

De ligging van de bewoners van eenzelfde tehuis.

In de figuur is iedere bewoner voorzien van een letter die aangeeft van welk

tehuis hij afkomstig is. Na bestudering van de onderlinge afstanden van de bewoners in een bepaald tehuis, kan niet gezegd worden dat deze een duidelijke onderlinge samenhang vertonen. Dit geldt voor alle 7 tehuizen, waarbij eenzelfde verscheidenheid van bewoners wordt gevonden.

ad d. De ligging van de psychisch gestoorden en de niet-psychisch gestoorden
- Letten we op alle bewoners die afkomstig zijn van eenzelfde tehuisbestemming, (b.v. alle bewoners die in een somatisch tehuis vertoeven), dan hadden we verwacht dat deze alle min of meer rondom de positieve pool van dimensie 2 zouden zijn terecht gekomen. Hiervan blijkt echter geen sprake te zijn

-Gelet op het specifieke item "psychisch gestoord" blijkt er weliswaar een grens aan te geven te zijn, maar deze komt niet overeen met de verwachting vanuit de geïnterpreteerde dimensies, namelijk dat de als psychisch gestoord beoordeelde bewoner min of meer uitsluitend links op de horizontale dimensie terecht zou komen. Dit is echter geenszins het geval: de psychisch gestoorden zijn over drie kwadranten verspreid. De verwachting voor de niet-psychisch gestoorden was dat deze geheel rechts op de horizontale dimensie zouden worden afgebeeld. Dit is echter slechts zeer ten dele het geval.

Konkluderend kan gezegd worden dat de beoordeling op het ene item m.b.t. psychisch gestoord zijn, onvoldoende overeenstemming vertoont met de hypothetische variabele A, die op grond van een groot aantal items is gekoncipieerd.

Tenslotte kunnen we uit de representatie als belangrijkste konklusie afleiden, dat psychisch gestoord zijn en somatisch ziek zijn niet op een dimensie tegenover elkaar liggen (dus niet in elkaars verlengde liggen), maar als twee afzonderlijke dimensies moeten worden opgevat.

10.2 Typologie van de bewoners uit Heremaler Hof.

Een bewonerstypologie, die verkregen is voor de bewoners van alle 7 tehuizen tesamen, zou wel eens een totaal ander beeld kunnen geven dan een oplossing voor

elk tehuis afzonderlijk. De redenen die een dergelijke verschuiving waarschijnlijk maken, zijn:

a. De interbeoordeelaar-betrouwbaarheid tussen de stafleden van de afzonderlijke tehuizen is mogelijk niet erg groot. Er is immers weinig of geen communicatie onderling geweest. De stafleden van eenzelfde tehuis zullen wel min of meer eenzelfde wijze van beoordelen hanteren, door een vrij constante wederzijdse beïnvloeding.

b. De mogelijkheid bestaat dat het ene verpleeghuis voorzieningen heeft voor zijn bewoners die het andere tehuis niet heeft. Dat dit invloed kan hebben op de uitkomsten is duidelijk.

c. Voorts kan de bestemming van het verpleeghuis meespelen. Een verpleeghuis voor psychisch gestoorde bejaarden zal i.h.a. wel degelijk een anderssoortig bewonersbestand hebben vergeleken met een somatisch tehuis. Ook hierdoor zal de beoordeling beïnvloed worden.

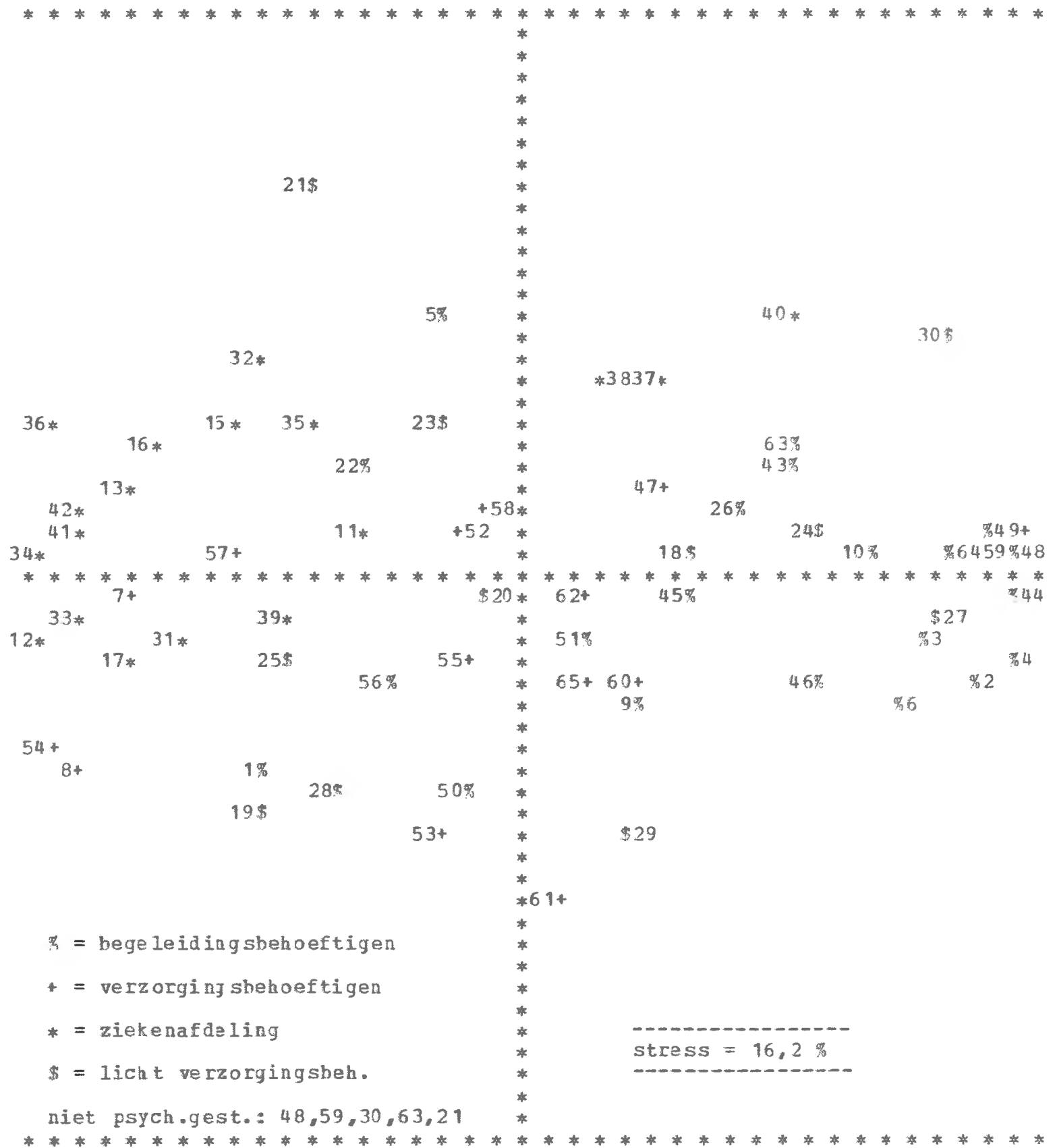
Op grond van bovengenoemde redenen, is de analyse voor alle 7 tehuizen afzonderlijk uitgevoerd. Het zou echter te veel plaats innemen om de resultaten van alle te geven, vandaar dat we ons beperkt hebben tot twee: een somatisch tehuis (Algemeen Verpleeghuis Enschede) en een tehuis voor psychisch gestoorde bejaarden (Heremaler Hof).

Toelichting

Dezelfde methode is hier toegepast als bij de overall bewonerstypologie, slechts met dit onderscheid, dat hier de samplingsfactor per verpleeghuis varieert naar gelang het aantal patienten van het betreffende tehuis dat in het onderzoek is betrokken. Voorts zijn precies evenveel en dezelfde variabelen meegenomen, en bovendien zijn deze op dezelfde wijze gedichotomiseerd als bij de overall-analyse.

Figuur 13 :

Heremaler Hof (N=87) sample 1 (N=65)



Schema 8 : Bewoners in kwadrant I en III en hun stoornissen (figuur 13).

Heremaler Hof		sample 1		kwadrant III		(N = 11)													
		10		20		30		40		50		60		70					
		12345678901	2345678901	2345678901	2345678901	2345678901	2345678901	2345678901	2345678901	2345678901	2345678901	2345678901	2345678901	2345678901	2345678901				
12*	**	*	*****	*****	*	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*	*	*	*
33*		*	*****	*****	***	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*	*	*	*
8*	*		*****	*****	**	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	**	*	*	*
54	*	*	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*	*	*	*
17*		*	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*	*	*	*
7	*		*****	*****	**	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*	**	*	*
31	*	*	*****	*****	**	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*	*	*	*
1	*	*	**	*	*****	*	*	*	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*	*	*	*
19			*****	*****	*****	*	*	*	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*	*	*	*
39	*	*	*****	*****	*****	*	*	*	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*	*	*	*
25		*	*****	*****	*	*	*	*	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*	*	*	*

Heremaler HOF		sample 1		kwadrant I		(N=11)													
		10		20		30		40		50		60		70					
		12345678901	2345678901	2345678901	2345678901	2345678901	2345678901	2345678901	2345678901	2345678901	2345678901	2345678901	2345678901	2345678901	2345678901				
48				*		*		*	*			*		*		*	*	*	*
59			**	*				*		*	*			*	*	*	*	*	*
64			*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
30	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
10		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
24		**	*	*****	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
63		*****	*****	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
63		*****	*****	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
40**		**	**	*****	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
26	*	*****	*****	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
49		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

Schema 9 : Overzicht verschillen kwadrant III met kwadrant I

III I		III I		III I	
visusstoornissen	4 1	overdag incont.	8 0	komt buiten	9 2
spraakstoornissen	5 1	slaat anderen	5 0	overb.beweg.	6 3
contracturen	2 0	valt van stoel	5 0	maakt geluid	9 2
paralysen	2 0	is hinderlijk	7 1	praat met and	11 1
incontinent	8 1	is somber	8 4	may op straat	10 2
hulp bij baden	11 1	kan lopen	10 3	is gauw kwaad	10 3
hulp bij kleden	11 5	kan duidelijk m.	11 0	zit te suffen	10 1
hulp bij wassen	10 3	weet de weg	11 1	hulp kleden	10 1
hulp bij toilet	11 2	beseft waar	11 4	's anchts inc	9 0
psych.gest.	11 7	kent personeel	10 3	valt uit bed	7 2
sociaal onaangep.	4 0	begrijpt anderen	9 0	is onaangenaam	7 0
toezicht en begl.	11 7	helpt op afdeling	9 5	'snachts onrustig	8 0
bedlegerig	11 5	lichamelijke kl.	5 8	CVA	3 1
booschappen doen	11 6	reageert op naam	7 0	arthr.deformans	5 1
verplaatsngs.mog.	3 1	is zinvol bezig	11 2	vaataandoeningen	7 3
bedreigt anderen	4 1	huilt gauw	5 1	hartaandoeningen	3 6
beschuldigt and.	6 1	gaat met anderen	10 2	spijsverterings.	1 4
hulp eten	8 1	urineert fout	4 0	over.aand.cent.r.z.	2 0

10.2.a

Resultaten Q-typologie Heremaler Hof Sample 1

Achtereenvolgens zullen we de volgende punten bespreken aan de hand van de figuur:

- a: interpretatie van klusters van bewoners,
- b: interpretatie van de dimensies,
- c: checken of de klassifikatie die in dit tehuis wordt gehanteerd (cfr. Sipsma, 1970) wordt teruggevonden in de afbeelding,
- d: waar vinden we psychisch gestoorden en waar de niet-psychisch gestoorden?

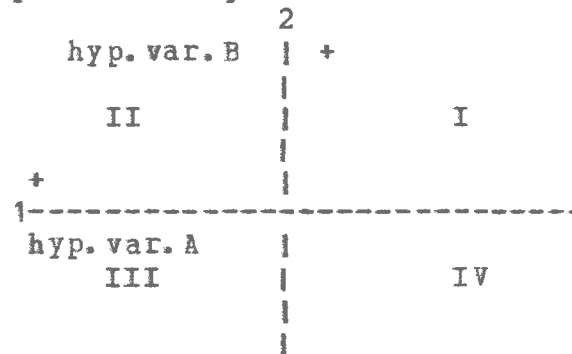
ad a. Ook hier zijn, net als bij de overall-analyse twee clusters te vinden op beide uiteinden van de horizontale as. Links liggen weer de bewoners met een groot aantal stoornissen (36, 17, 42, 13, 33, 34, 41, 7, 12, 8, 54), en rechts de bewoners die relatief weinig stoornissen hebben (2, 27, 64, 48, 59, 44, 3, 49, 4).

Voorts moet opgemerkt worden, dat natuurlijk meer klustering is opgetreden dan deze beide extremen; de interpretatie daarvan is echter aanzienlijk moeilijker, vandaar dat we ons van een poging in deze zullen onthouden.

ad b. Interpretatie van de dimensies. Zoals uit ad a. reeds bleek kunnen we al snel overgaan tot het voorlopig benoemen van dimensie 1 als "mate van algemene gestoordheid", toenemende van rechts naar links. Hieruit volgt logischerwijs dat bij de linkerkant van de horizontale dimensie het plus-teken wordt geplaatst (zie afbeelding hieronder).

Bij de vertikale as is niet zo direkt duidelijk waar de positieve pool zich bevindt, voorlopig zullen we hem daarom bovenaan leggen.

Schema 10 : Dummy afbeelding Heremaler Hof



Voor de interpretatie van dimensie 1 gaan we dus uit van kwadrant III, voor die van dimensie 2 van kwadrant I.

Hiertoe zullen we de kenmerken van de bewoners in de respektievelijke kwadranten op grond van de ruwe data uitschrijven en vergelijken (zie schema 10).

Bij de bestudering van de verschillen tussen beide kwadranten valt onmiddellijk op :

- de bewoners van kwadrant III hebben alle stoornissen vaker dan de bewoners in kwadrant I, met uitzondering van diabetes mellitus.
- de gemiddelde aantallen stoornissen zijn voor de beide groepen respektievelijk 42,2 en 14,4.
- Uit het laatste overzicht blijkt dat in een aantal gevallen de bewoners in kwadrant I op een bepaald item in het geheel niet gestoord zijn, terwijl de bewoners in kwadrant III op datzelfde item in (bijna) alle gevallen gestoord zijn.

Konkluderend kan gesteld worden dat dimensie 1 staat voor de "algemene mate van gestoordheid" (een bevestiging van het gevondene onder ad a.). Wel is het goed daarbij op te merken, dat hier minder dan bij de overall-analyse sprake is van een toenemende tendens naar psychische gestoordheid, samen met de algemene gestoordheid.

Ten aanzien van dimensie 2 (hypothetische variabele B) blijkt dat er eigenlijk geen enkel aspect kan worden gevonden, waardoor deze dimensie in het bijzonder wordt gekenmerkt. Er is geen sprake van somatische gestoordheid, noch van een of andere specifieke vorm van psychische gestoordheid.

ad c. Nagaan van de a priori klassificatie

De groep door het tehuis als begeleidingsbehoefstig geklassificeerden vinden we voor het merendeel rechts in de afbeelding. Ze zitten dus inderdaad laag op de dimensie "algemene gestoordheid".

De verzorgingsbehoefstigen overheersen in het middengebied van de afbeelding. Ook dit klopt dus met de dimensie 1. Daarbij dient echter aangetekend te worden dat de categorie licht verzorgingsbehoefstigen over datzelfde gebied verspreid ligt, en dus ten aanzien van de algemene gestoordheid niet te onderscheiden is van de "gewone" hulpbehoevenden.

De bewoners die op een ziekenafdeling verblijven zijn het meest links afgebeeld, ze zijn dus ook inderdaad het meest gestoord.

ad d. De weinige bewoners in dit sample die niet psychisch gestoord zijn, zijn bijna allen tussen de begeleidingsbehoefstigen rechts te vinden; m.a.w. deze niet-psychisch gestoorde bewoners hebben ook in het algemeen weinig stoornissen.

Sample 2

Opnieuw is deze analyse uitgevoerd voor een ander sample van de bewoners van Heremaler Hof. Door het betrekkelijk geringe totale aantal bewoners van dit tehuis (N=87) is het vanzelfsprekend dat het grootste aantal bewoners in dit nieuwe sample ook reeds in sample 1 was vertegenwoordigd, mede vanwege de samplingsgrootte van 65 subjekten. Er werden dan ook geen verschillen gevonden.

10.3 Typologie van de bewoners uit het Algemeen Verpleeghuis Enschede.

In deze paragraaf geven we een voorbeeld van de oplossing voor een somatisch verpleeghuis, te weten het "Algemeen Verpleeghuis Enschede". Dit is overigens een van de weinige tehuizen die hebben aangegeven, welke de perspectieven van hun patienten waren, en wel volgens de klassifikatie: reaktiveerbaar, chronisch ziek of terminaal. We hebben hier dus de mogelijkheid na te gaan, in

hoeverre deze perspectieven overeenstemmen met de mate van en eventueel de soort gestoordheid.

Het Algemeen Verpleeghuis Enschede heeft in totaal 140 bewoners. Om verzekerd te zijn van minstens 65 subjekten in de SSA-analyse hebben we onze samplingsfaktor op .50 gesteld. Bij sample 1 worden in totaal 73 subjekten geselecteerd en in sample 2 (weergegeven in de bijlage) in totaal 69 subjekten. Van beide samples worden slechts de eerste 65 subjekten in de SSA analyse betrokken.

Bij de behandeling van de resultaten gaan we op analoge manier te werk als onder 10.2. :

ad.a. Het beschrijven van klusters van bewoners.

Geheel links in de afbeelding vinden we een tamelijk coherente groep die bij nadere beschouwing tot de klasse reaktiveerbaren behoort. Bovendien zal straks blijken (onder c.) dat deze groep relatief de minste stoornissen heeft. Tot dit cluster mogen worden gerekend ; 23, 2, 61, 37, 34, 13, 29, 54, 14, 55, 50, 30,

1.

Geheel rechts in de afbeelding vinden we eveneens een cluster van bewoners, die bijna allen chronisch ziek en tevens psychisch gestoord zijn. Bovendien zal straks blijken dat deze groep relatief het grootste aantal stoornissen heeft.

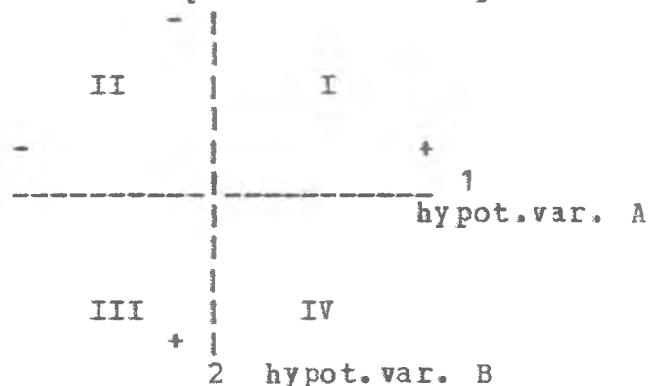
ad.b. Interpretatie van de dimensies.

Als we de bewoners aan de beide uiteinden van dimensie 1 nader bestuderen blijkt dat de bewoners rechts op dimensie 1 over het algemeen erg veel stoornissen, en de bewoners die afgebeeld worden links op dimensie 1 relatief weinig stoornissen hebben (zie ook onderstaande overzichten).

Het lijkt ons dus juist dimensie 1 te noemen : "algemene mate van gestoordheid" waarbij het + teken rechts op dimensie 1 komt te liggen. Bij de interpretatie van dimensie 2 ligt dat minder duidelijk. Aanvankelijk hebben we daarom het

bovenste uiteinde als + punt genomen. Bij de bestudering van de bijbehorende kwadranten bleek echter dat er weinig specifiek over deze dimensie gezegd kon worden. Daarom hebben we nagegaan of een omkering van het teken (de + aan het onderste uiteinde van dimensie 2) betere interpretatie-mogelijkheden zou bieden, hetgeen in zekere mate het geval bleek (zie onderstaande overzichten).

Schema 11 : Dummy voor de interpretatie van figuur 14.



[illegible]

Schema 12 : Bewoners in kwadrant I en III en hun stoornissen (figuur 14).

—

	10										20										30										40										50										60										70									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0																				
56	*	*																			*	*	*	*	*	*	*	*	*	*																	*	*																						
64	*	*									*	*	*	*	*	*	*	*	*	*											*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*																					
28	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*																	*	*	*																					
16	*	*									*	*	*	*	*	*	*	*	*	*										*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*																					
62											*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*																	*	*	*																					
26	*	*									*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*																	*	*	*																					
32		*									*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*																	*	*	*																					
57	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*																	*	*	*																					
17	*	*									*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*																					
18	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*																	*	*	*																					

.....

	10										20										30										40										50										60										70									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0																				
40	*	*									*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*																			
7	*	*	*								*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*																			
63				*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*																			
33	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*																			
35	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*																			
47	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*																			
30						*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*																			
50		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*																			
49	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*																			

visusstoornissen	5	1	bschuldigt anderen	0	1	gaat met and.om	7	1
spraakstoornissen	4	5	hulp bij eten	8	2	urineert verkeerd	3	0
contracturen	9	5	overdag inkontinent	9	1	rare geluiden	4	0
paralysen	2	6	is somber	5	5	is gauw kwaad	1	8
inkontinentie	10	2	is duidelijk v.and.	9	1	zit te suffen	7	2
catheter	7	0	weet de weg	10	0	hulp aankleden	9	2
hulp bij wassen	7	3	beseft waar hij is	9	0	's nachts inkont.	10	1
hulp bij toilet	10	5	kent het personeel	8	1	valt uit bed	9	2
psych. gestoord	6	2	begrijpt anderen	8	2	CVA	3	5
hulp bij boodsch.	10	6	uit lichamelijke kl.	7	9	aand. spijsvert.	0	3
verplaatsingsmog.	6	0	is zinvol bezig	8	2	aand tr.urogenit.	4	1
reaktiveringskans	6	3	huilt gauw	3	7			

De bovenstaande overzichten tonen duidelijk aan dat de bewoners , afgebeeld in kwadrant I , over de gehele lijn meer stoornissen hebben dan de bewoners afgebeeld in kwadrant III (respektievelijk gemiddeld 37,3 en 23,0).

De bewoners in kwadrant III vertonen enkele stoornissen vaker dan die in kwadrant I, en worden in het bijzonder gekenmerkt door ; paralyzen , tesamen met en waarschijnlijk als gevolg van CVA , en enkele items van de BOP , te weten: item 16 (uit lichamelijke klachten, schaal IIIb) , item 19 (huilt bij de geringste aanleiding, schaal IIIb) , item 29 (maakt zich gauw kwaad, schaal II). Hierbij zijn dus duidelijk twee van de drie items van schaal IIIb aanwezig. Als we gaan kijken naar het derde item van deze schaal ; namelijk item 8 (is somber of verdrietig) , dan blijkt dat hier de verdeling ongeveer gelijk is. Voor kwadrant I , 5 Van de 10 bewoners, en voor kwadrant III 5 van de 9 bewoners.

We zullen daarom dimensie 2 voorzichtig noemen : "paralyse als gevolg van CVA, gepaard gaande met depressief gedrag".

ad.c. Toetsing van de a priori klassifikatie.

In de afbeeldingsruimte is iedere bewoner van een letter voorzien , waarmee de drie mogelijke perspectieven zijn aangegeven, die door het tehuis tevoren zijn vastgesteld (R = reaktiveerbaar , C = chronisch ziek , T = terminaal). Uit de figuur blijkt dat de reaktiveerbare bewoners voornamelijk links op dimensie 1 zijn afgebeeld. Hieruit valt af te leiden dat ze inderdaad ook een gering aantal stoornissen hebben. Uit de verdeling van de chronische bewoners is duidelijk , dat de term chronisch een tamelijk breed begrip is , variërend van tamelijk tot zeer gestoord. Slechts in het meest linkse deel van de afbeelding (de minst gestoorde) vinden we geen enkele chronisch zieke bewoner.

Wat de terminalen betreft : hiervan zijn slechts drie bewoners in het sample aanwezig. Dit aantal is te gering om hieraan konklusies te verbinden.

ad.d. De plaats van de psychisch gestoorden in de afbeelding.

Hierover valt slechts op te merken dat bijna alle bewoners in de rechter helft van de representatie terecht zijn gekomen, en dus meer tot de zwaar gestoorden dan tot de licht gestoorden moeten worden gerekend.

Ook hier zien we weer dat er, ondanks de bestemming van dit verpleeghuis (bestemd voor de verpleging van somatisch zieken), een aanzienlijk aantal bewoners ook psychisch gestoord is (16 van de in totaal 65 subjecten in dit sample) .

In de bijlage is de afbeelding voor sample 2 weergegeven, evenals een lijst van overeenkomstige bewoners met veranderde nummering. Aan de hand hiervan is het mogelijk na te gaan waar de bewoners uit sample 1 terecht komen in sample 2. Dit als een toetsing van de SSA-methode.

Uit een vergelijking van de beide samples kunnen we het volgende konkluderen:

- de structuur van de bewoners is in beide samples identiek,
 - op grond van deze empirische vergelijking mag gesteld worden dat het SSA-model een voldoende intern valide resultaat biedt,
 - de dimensies zijn qua inhoud dus ook hetzelfde voor beide samples,
- De opmerkingen gemaakt ten aanzien van de a priori klassificatie bij sample 1 zijn ook hier geldig.

Samenvatting.

In dit hoofdstuk is gezocht naar een typologie van bewoners op grond van de gemeten kenmerken. Voor deze typologie is de steekproef van 1974 genomen , voornamelijk omdat hierin ook de gedragsbeoordelingen zijn meegenomen. Op deze manier doen zoveel mogelijk kenmerken (78) van de bewoner mee bij het bepalen van deze typologie .

Het eerst is een overall-typologie bepaald ; d.w.z. dat een random sample is getrokken van alle bewoners van 7 verpleeghuizen. Hierbij was de vraag of de

bewoners van eenzelfde tehuis ook samen in een bepaalde positie in de afbeeldingsruimte terecht zouden komen. Dit bleek niet waar, evenmin werden de bewoners van eenzelfde bestemming van het verpleeghuis in een zelfde ruimte afgebeeld. De belangrijkste konklusie uit de overall analyse is wel dat psychisch gestoord zijn en somatisch ziek zijn, niet polen zijn van een en dezelfde dimensie maar meer een bijdrage aan twee verschillende dimensies vormen. Hoewel de stress-waarde betrekkelijk laag is, waaruit blijkt dat er behoorlijk gedifferentieerd kan worden tussen de bewoners onderling, bleek de interpretatie van de dimensies niet gemakkelijk. Gedeeltelijk is dit natuurlijk het gevolg van de zeer grote reductie van 78 variabelen tot twee hypothetische variabelen, anderzijds is er het gebrek aan begrippen om deze twee hypothetische variabelen goed te omschrijven.

Vervolgens werd een typologie bepaald per verpleeghuis. Besproken werd een sample van een verpleeghuis voor psychisch gestoorde bejaarden en vervolgens ook een sample van een verpleeghuis voor somatisch zieken.

In alle drie voornoemde samples kon de horizontale as omschreven worden als "algemene gestoordheid", de vertikale as bleek moeilijk interpreteerbaar. Uit de overzichten van de scores van de individuele bewoners en hun plaatsbepaling in de verschillende kwadranten is goed af te lezen, welke variabelen veel tot de typologie bijdragen en welke items nauwelijks een rol spelen.

We hebben het idee dat deze methode een belangrijke rol kan spelen voor de staf van het verpleeghuis. De individuele bewoner wordt immers visueel gemaakt temidden van andere bewoners. Het is mogelijk aanvullende informatie te plaatsen bij de bewoner, bv. de afdeling waar hij vertoeft, waardoor een beter plaatsings- en behandelingsbeleid uitgevoerd kan worden, of eventueel kan worden aangegeven.

Hoofdstuk 11 : De ex - bewoners.

Inleiding.

Allereerst zullen we verantwoorden waarom we ons in dit hoofdstuk zullen beperken tot de steekproef 1974. Van 1964 is de aard van de verplaatsing slechts ten dele bekend, hoewel de informatie in 1970 groot was, was deze toen ook nog beperkt (C-formulier). De informatie die dit opleverde is reeds kort besproken in hoofdstuk 3.9.4.

Doordat in 1974 twee waarnemingen zijn verricht is ons omtrent de overleden en ontslagen bewoners aanzienlijk meer bekend. Door de eerste waarneming beschikken we immers over de gegevens van het B-formulier en de BOP, door de tweede waarneming bovendien over de gegevens van het C-formulier. Daardoor was het mogelijk vanuit de gegevens van de eerste waarneming achteraf te gaan "prediceren", welke bewoners het meest waarschijnlijk zullen zijn ontslagen, en welke zullen moeten blijven en welke zullen zijn overleden in de tussenliggende periode.

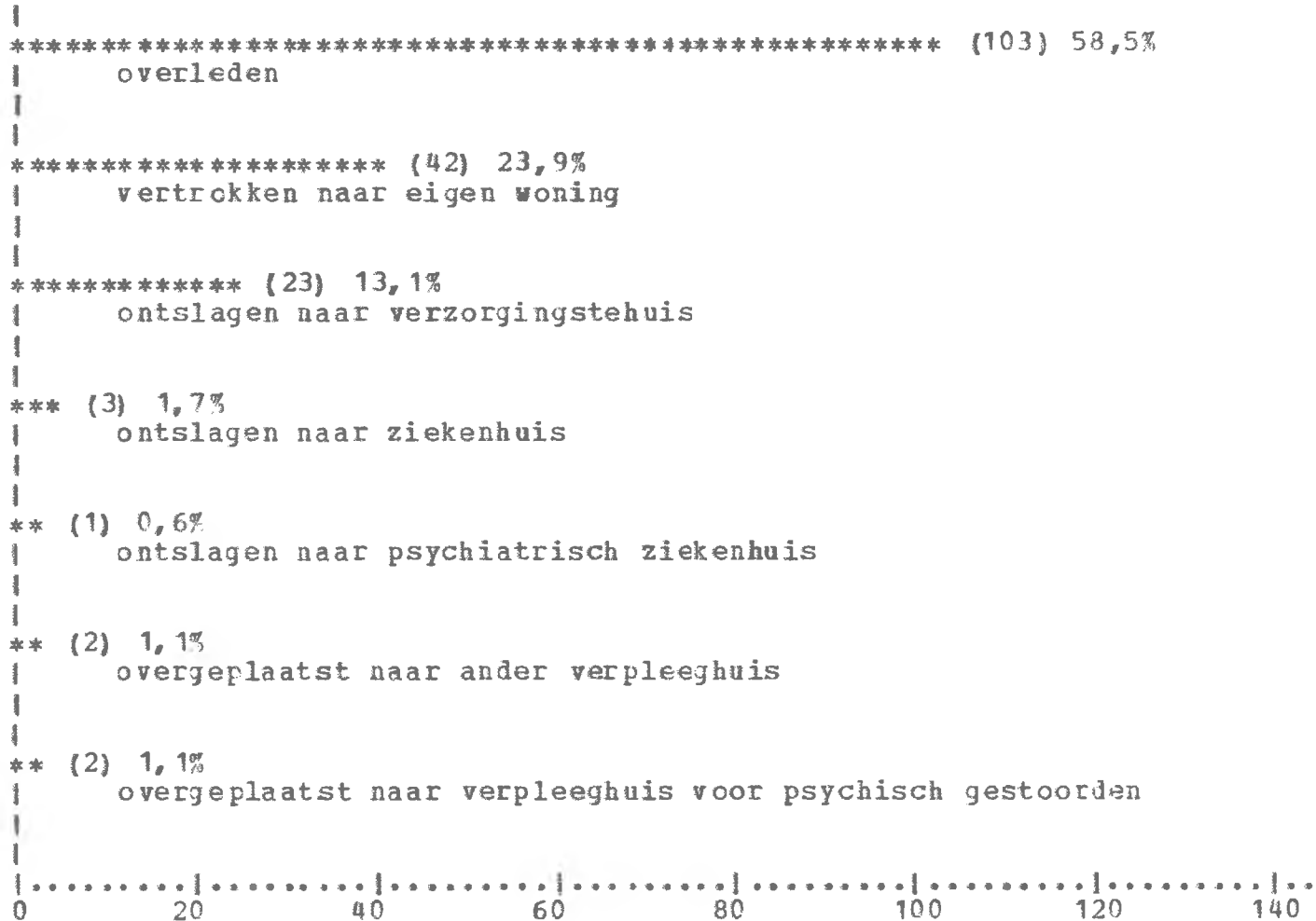
-a- Hiertoe zal allereerst een overzicht gegeven worden van de totale verplaatsing in de periode januari - april 1974.

-b- Vervolgens zal de aard van de verplaatsing in verband gebracht worden met enkele achtergrondgegevens.

-c- Tenslotte wordt uitgebreid ingegaan op de prediktie van de aard van de verplaatsing door middel van de meest direkte methode, namelijk een multiple discriminantanalyse. Deze zal afzonderlijk worden uitgevoerd voor enerzijds de twee ekstreme groepen: namelijk de bewoners die overleden zijn en de bewoners ontslagen naar eigen woning of verzorgingstehuis; anderzijds zullen we nagaan welke de rol van de blijvers daarbij is. Op basis van de discriminant-resultaten zal een klassifikatie gerepresenteerd worden.

11.1. Overzicht aard van de verplaatsing.

Tabel 20 : histogram van de aard van de verplaatsing van de ex-bewoners.



Ook bij deze steekproef valt op dat het grootste deel van de verplaatste bewoners is overleden, namelijk 58,5%. In 1970 was dit 56,7%, in 1964 54,3%. De proportie overleden bewoners lijkt over de jaren toe te nemen. Van de ontslagen bewoners gaat meer dan de helft (terug) naar de eigen woning.

11.2. Aard van de verplaatsing in relatie met enige relevante achtergrondkenmerken (voor een volledige weergave zie bijlage B).

funktiestoornissen , reaktiveerbaarheidsoordeel en aandoeningen op het eerste gezicht weinig meer dan voor de hand liggende verbanden te zien gaven.

- geslacht : in de groep overledenen zijn de mannen in verhouding tot de groep mannen bij de blijvers sterker vertegenwoordigd. Bij de ontslagenen is hun aantal zelfs heel gering.
- burgerlijke staat : hierbij valt op dat de grootste proportie van de overledenen bestaat uit niet (meer) gehuwden , terwijl bij de ontslagenen de gehuwden relatief de grootste groep vormen.
- kerkgenootschap : Onder de overledenen bevinden zich meer protestants-christelijken dan katholieke bewoners. Vermoedelijk spelen andere variabelen hierbij een rol.
- afstand tot woonplaats : dichtbij wonenden kunnen kennelijk gemakkelijker ontslagen worden dan diegenen die verder wegwonen.
- de verblijfplaats voor opname : een belangrijk groter deel van de overleden dan van de ontslagen bewoners is afkomstig van het verzorgingstehuis. Het omgekeerde geldt voor het ziekenhuis.
- jaar van laatste opname : het verschil in de lengte van de verpleegperiode is erg groot voor de ontslagen en overleden bewoners. De groep overleden bewoners is gemiddeld twee jaar langer in het verpleeghuis geweest dan de groep ontslagen bewoners.
- de leeftijd : de ontslagen bewoners zijn significant jonger dan de overleden bewoners.
- de afdeling : de bewoners van de afdelingen voor somatisch ziekten blijken aanzienlijk vaker ontslagen te worden dan die van de afdelingen voor psychisch gestoorde.
- drie van de zeven tehuizen voldeden aan onze vraag naar een a priori klassifikatie van de bewoners , in termen van revalideerbare , chronische en terminale bewoners. In tabel 21 geven we de verdeling voor overleden en ontslagen bewoners weer:

Tabel 21 : a priori klassifikatie en werkelijke verplaatsing .

	revalideerbaar	chronisch	terminaal	totaal
overleden	4	21	11	36
ontslagen	26	1	1	28
totaal	30	22	12	64
	46,9	34,4	18,8	

Hieruit blijkt o.m. dat nog vier van de in totaal 30 revalideerbaar beoordeelde bewoners in de tussenliggende drie maanden zijn overleden.

11.3. Differentiatie en klassifikatie van ex-bewoners en blijvers.

De differentiatie en klassifikatie zal verricht worden met behulp van een discriminantanalyse , een methode die we reeds in hoofdstuk 7 besproken hebben. In eerste instantie wordt deze analyse uitgevoerd bij de ex-bewoners ; d.w.z. nagegaan wordt of en hoe de ontslagen en de overleden bewoners van elkaar te onderscheiden zijn en hoe op grond van de gevonden discriminant-functie deze groepen te klassificeren zijn (11.3.a). Deze twee groepen worden aanvankelijk zonder de blijvers behandeld omdat verwacht mag worden dat tussen de ontslagen en overleden bewoners een duidelijker verschillend patroon gevonden kan worden , dan bv. tussen de ontslagen bewoners en de blijvers.

In een tweede stap zullen deze blijvers in de analyse betrokken worden , om op die manier een inzicht te krijgen in het totale scala van verpleeghuisbewoners. Tevens wordt nagegaan hoe en in welke mate de blijvers te klassificeren zijn op grond van de polariteit overlijden - ontslagen worden (11.3.b).

Als onafhankelijke variabelen kozen we een aantal van 35 . Deze zijn als volgt nader aan te duiden : enkele achtergrondvariabelen , alle funktiestoornissen ,

variabelen (geslacht en burgerlijke staat) hebben we met opzet niet meegenomen ondanks het feit dat er wel grote verschillen zijn tussen overleden en ontslagen bewoners ten aanzien van deze achtergrondskenmerken , omdat ze in een prediktiemodel van weinig waarde zijn. Een dergelijk prediktiemodel kan immers bedoeld zijn om aanwijzingen te geven voor gerichte therapie, c.q. behandeling. Bij geslacht en burgerlijke staat kunnen nu eenmaal geen veranderingen teweeg gebracht worden , wat wel in principe het geval is bij o.a. funktiestoornissen.

De afhankelijke variabele is in de inleiding reeds gedefinieerd , namelijk het behoren tot een van de beide groepen , overleden of ontslagen bewoners.

Schema 14 : Overzicht van 35 bewonerskenmerken.

welke afdeling	kan bed cpmaken
visusstoornissen	kan zelf boodschappen doen
gehoorstoornissen	kan kamer schoonhouden
spraakstoornissen	kan zelf koken
contracturen	verplaatsingsmogelijkheid
paralysen	reactiveringskans
amputaties	behandelingskontrole
bedlegerig	inrichtingsbehoefte
incontinent	verplaatst binnen tehuis
katheter	leeftijd
decubitus	opnameduur
hulp bij baden/douchen	schaal I van de BOP
hulp bij aan- uitkleden	schaal II
hulp bij toilet	schaal IIIa
hulp bij wassen	schaal IIIb
psychisch gestoord	schaal IIIc
sociaal onaangepast	schaal IV
toezicht-, begeleidingsbehoefstig	

11.3.a. Differentiatie en klassifikatie van ontslagen en overleden bewoners. Een discriminantanalyse (SPSS , V600) over de genoemde 35 variabelen leverde een discriminantfunctie

op waarmee 70,7% van de variantie van de afhankelijke variabele verklaard kon worden , een alleszins bevredigend resultaat.

Tabel 22 : Overzicht resultaten discriminantanalyse (2 groepen)
Ontslagen (62) versus overleden (99) bewoners.

stap	item omschrijving	gewicht	%	Y-ovl	Y-ont	rich.ont
1	reaktiveringskans	0,30	46,8	3,5	1,5	betere
2	schaal I	0,46	61,0	24,1	6,4	minder
3	inrichtingsbehoefte	-0,17	64,5	1,1	2,5	meer weg
4	opnameduur	0,13	66,1	27,3	5,7	korter
5	spraakstoornissen	0,09	67,2	1,6	1,3	minder
6	toezicht en begeleidingsbehoefte	-0,15	68,3	1,0	1,4	minder
7	kan zelf kamer schoonhouden	0,10	69,0	2,0	1,7	vaker
8	paralysen	0,08	69,5	1,8	1,7	evenveel
9	hulp bij aan- en uitkleden	0,07	69,9	1,2	1,7	minder hulp
10	schaal IIIB	-0,09	70,2	1,7	1,8	gelijk
11	schaal IIIC	-0,17	70,7	3,9	0,8	minder

% = percentage verklaarde variantie

Y-ovl = gemiddelde score voor de overleden groep

Y-ont = gemiddelde score voor de ontslagen groep

gewicht = gestandaardiseerd discriminant functie coefficient.

Toelichting.

Uit de tabel blijkt dat slechts 11 van de 35 items voldoende zijn om in totaal 70,7% van de variantie tussen de overleden en ontslagen groep te verklaren. In de derde kolom van de tabel staan de gewichten per item vermeld. Deze zijn van het allergrootste belang bij de interpretatie van de "hypothetische" discriminantfunctie. Uit de tabel blijkt dat bv. de reaktiveringskansen, hoewel die een groter leel van de verklaarde variantie voor zich opeist, toch kwa gewicht bij de interpretatie van de discriminantfunctie op de tweede plaats komt. Het is dus goed niet alleen op de kolom percentage verklaarde variantie te letten, maar vooral rekening te houden met de gewichten. Daarbij komt namelijk schaal I van de BOP, algemene hulpbehoevendheid, op de eerste plaats. We kunnen hieruit afleiden dat de groep ontslagen bewoners vooral door een geringere hulpbehoevendheid van de groep overleden bewoners verschillen. Op de tweede plaats worden ze gekarakteriseerd door een betere reaktiveringskans, vervolgens door een geringere inrichtingsbehoefte enz. Hoe hoger het gewicht des te beter het betreffende item discrimineert tussen de twee groepen. Het "teken" bij de kolom gewichten hangt samen met de richting waarin het betreffende item gesteld is, en deze komt weer tot uiting in de laatste kolom. Het teken is echter niet van belang bij de volgorde van belangrijkheid voor de interpretatie.

Klassifikatie.

Vervolgens is het mogelijk op grond van de bovengenoemde discriminant gewichten , gekombineerd met de ruwe score per bewoner , een discriminantskore te berekenen. De op deze manier verkregen scores kunnen we uitzetten in het volgende klassifikatie-schema :

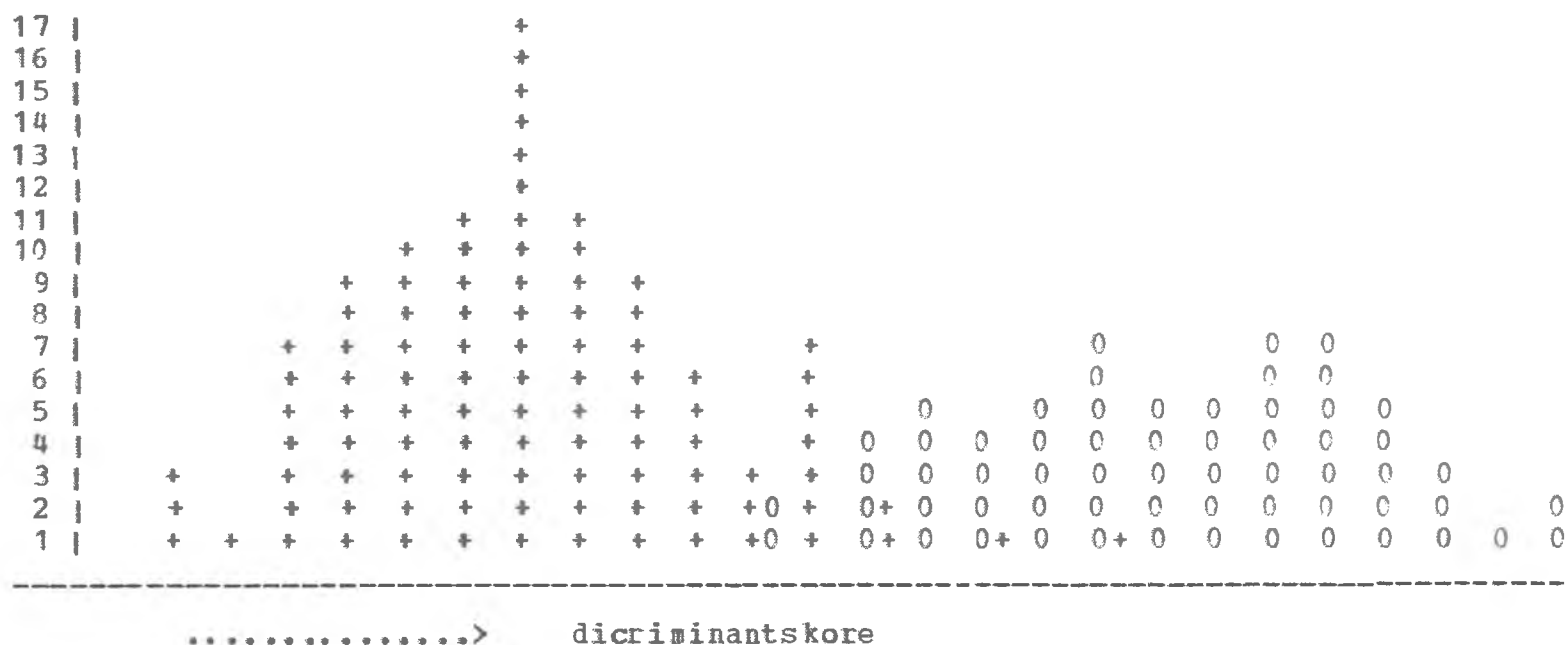
Tabel 23 : klassifikatie ex-bewoners.

eigenlijke groep	overleden	ontslagen	totaal
ontslagen	4 (6,5%)	58 (93,5%)	62
overleden	93 (93,9%)	6 (6,1%)	99

Het percentage korrekt geklassificeerde bewoners bedraagt 93,8%.

Uit het schema kunnen we aflezen dat 93,5% van de feitelijke ontslagen bewoners achteraf op grond van de diskriminantfunctie ook weer als deze groep geklassificeerd wordt en voor de overleden groep wordt 93,9% terecht tot deze groep gerekend. Voor alle twee groepen tesamen geldt dat 93,8% korrekt geklassificeerd is , waaruit volgt dat de gevonden discriminantfunctie een goede voorspeller is met betrekking tot ontslag en overlijden.

Tabel 24 : spreidingsdiagram van de ex-bewoners.



In de afbeelding blijkt duidelijk een gescheiden verdeling van de beide groepen op de schaal van de discriminantskore, met slechts een geringe overlap. Deze klassifikatie is geschied op basis van het programma MULTAN (zie bijlage). De discriminantanalyse is met behulp van twee verschillende computerprogramma's (SPSS, V600 en MULTAN) uitgevoerd. Deze geven eksakt dezelfde resultaten. MULTAN geeft echter een andere representatie van de klassifikatie, waardoor het mogelijk werd een duidelijke weergave van de verdeling der discriminantskores te geven.

11.3.b. Differentiatie en klassifikatie voor drie groepen.

Ontslagenen (N=62), blijvers (N=959), overledenen (N=99)

Over dezelfde variabelen als in 11.3.a. (zie ook overzicht) is deze analyse nogmaals uitgevoerd, maar nu voor drie groepen, om op die manier te kunnen naagaan welke plaats de blijvers innemen op het continuüm ontslag - overlijden.

Dat de categorie blijvers een weinig homogene groep vormt in vergelijking met de ontslagen respektievelijk overleden bewoners komt tot uiting in de betrekkelijk geringe verklaarde variantie , namelijk 27,4 % (d.m.v. 10 items). Daarbij dient aangetekend dat 20 van de 35 variabelen een significante bijdrage leveren aan de discriminatie tussen de drie groepen ; in totaal is dit 29,7 % . Tien van deze twintig items zijn weergegeven in onderstaande tabel.

Tabel 25 : Overzicht resultaten discriminantanalyse (drie groepen).

stap	item omschrijving	%	Y-ovl	Y-bl	Y-ont	rich.ont
1	reaktiveringskans	13,8	3,5	3,1	1,5	betere
2	schaal I van de BOP	17,5	24,1	15,1	6,4	minder hulp
3	inrichtingsbehoefte	19,8	1,1	1,3	2,5	kan meer weg
4	verplaatsing binnen tehuis	23,1	1,0	1,2	1,1	gelijk
5	opnameduur	24,1	27,2	33,0	5,7	korter
6	behandelingsbehoefte	25,0	3,0	4,2	4,3	onbepaald
7	leeftijd	25,6	80,1	76,8	74,2	jonger
8	bedlegerigheid	26,3	1,8	2,0	1,9	gelijk
9	paralysen	26,7	1,8	1,7	1,8	gelijk
10	verplaatsingsmogelijkheid	27,4	1,8	2,2	2,3	meer onafhankelijk

De discriminantanalyse over drie groepen leverde twee discriminantfuncties op. De gewichten van de 10 belangrijkste items op beide functies zijn hieronder weergegeven.

Tabel 26 : Discriminantgewichten op de beide functies.

• functie I		functie II	
reactiveringskans	0,41	verplaatsingsmogelijkheid	-0,62
inrichtingsbehoefte	-0,34	schaal I van de BOP	0,54
verplaatsing b. tehuis	0,22	inrichtingsbehoefte	0,33
schaal I van de BOP	0,16	behandelingsbehoefte	-0,32
opnameduur	0,16	verplaatsing b. tehuis	-0,30
toez. en begeleiding	-0,11	schaal IIIa	-0,28
paralysen	0,10	paralysen	0,27
kan kamer schoonhouden	0,09	opnameduur	-0,26
afdeling	0,08	bedlegerigheid	-0,25
visusstoornissen	0,07	leeftijd	0,22

Klassifikatie.

Op dezelfde manier als onder 11.3.a. is ook hier op grond van de te berekenen

Tabel 27 : klassifikatie van de ex-bewoners en de blijvers.

eigenlijke groep	overleden	ontslagen	blijvers	totaal
blijvers	228 (23,8)	120 (12,5)	611(63,7)	959
ontslagen	1 (1,6)	48 (77,4)	13(21,0)	62
overleden	68 (68,7)	4 (4,0)	27(27,3)	99

Uit het schema blijkt dat slechts 63,7% van de werkelijke blijvers ook werkelijk door de toegekende discriminantscores als zodanig geklassificeerd wordt , terwijl 12,5% tot de ontslagen groep gerekend wordt en 23,8% tot de overleden groep geklassificeerd wordt. Van de werkelijk ontslagenen, wordt ook 77,4% als zodanig getypeerd. Volgens de discriminantscores zou 21,0% tot de blijvers gerekend moeten worden. De dimensies kunnen we als volgt benoemen : dimensie 1 : agressiviteit en dimensie 2 lichamelijke hulpbehoevendheid (beperkte aktieradius).

Samenvatting :

Van de 176 bewoners welke eind april 1974 niet meer in het verpleeghuis aanwezig waren is 58,0% overleden en 24,0% terug naar huis gegaan , terwijl enkele bewoners naar andere inrichtingen zijn overgeplaatst. In paragraaf 11.2. worden de belangrijkste verschillen tussen de ontslagen en overleden bewoners weergegeven. In paragraaf 11.3 gaan we na in hoeverre ontslag of overlijden het beste voorspeld kan worden met behulp van in totaal 35 items. Met 11 van de 35 variabelen wordt reeds 71,0% van de variantie in de afhankelijke variabele (het behoren tot de groep ontslagenen of overledenen) verklaard. Schaal I van de BOP (algemene hulpbehoevendheid) krijgt daarbij het grootste gewicht , gevolgd door de beoordeling van de reaktiveringskans en de beoordeling van de inrichtingsbehoefte. De groep ontslagenen is met andere woorden minder hulpbehoevend , kan gereactiveerd worden en hoeft niet in het verpleeghuis te blijven. Met behulp van de aan de genoemde 11 variabelen toegekende gewichten

is een nieuwe variabele (de diskriminantscore) gekonstrueerd. De scores op deze nieuwe variabele komen in 93,5% van de gevallen overeen met de feitelijke indeling in ontslagenen en overledenen.

In 11.3.b. hebben we nagegaan welke de positie is van de blijvers. Het blijkt dat de blijvers veel minder een homogene groep vormen dan de ontslagen of overleden bewoners. Uit het schema van de klassifikatie blijkt dat er bij de blijvers 23,8% van de bewoners is dat op grond van de discriminantscores tot de overleden groep ingedeeld wordt. Bij de blijvers die tot de ontslagen groep geklassificeerd worden is dit slechts 12,5%.

12. Diskussie.

In het voorafgaande is weliswaar gepoogd zoveel mogelijk bewoner-gericht te werk te gaan, niettemin zou men kunnen opmerken dat de studie nog steeds handelt over beoordelingen van bewoners door derden. De bewoner zelf komt niet aan het woord. Voor een groot deel is dit te wijten aan de gekozen onderzoeksdoelstelling, die voornamelijk een eksploratief karakter draagt. In vervolgonderzoek zou de bewoner zelf veel meer voor de informatie verantwoordelijk moeten zijn, waardoor ook de aard van de informatie veelzijdiger zou kunnen zijn (o.a. zijn belevingswereld).

Mede in verband met het bovenstaande : in het verleden is het sukses van het verpleeghuis op naieve manier gemeten. Om Erickson (1975) te citeren : " the whole enterprise of evaluating hospital productivity in terms of length of stay is built on a set of questionable assumptions and fallacies". Er zou in dit verband veel meer gedacht moeten worden in de richting van verbeterde of verminderde validiteit van de bewoner.

Ter juiste bestudering van het (therapeutisch) verblijf in het verpleeghuis zou men bovendien, meer dan in deze studie mogelijk was, vergelijkingen moeten trekken met enerzijds andere instituten en anderzijds thuis, voor en na het ontslag. Op die manier zou men een eventueel hospitalisatiesyndroom op het spoor kunnen komen. Als men bovendien geïnteresseerd is in de ontwikkeling van de verpleeghuisbewoner dan is het een noodzaak te kiezen voor longitudinaal onderzoek, hetgeen in de onderhavige studie slechts op een beperkte schaal is gebeurd.

We hebben in hoofdstuk 8 en 10 respektievelijk gezocht naar structuren van bewonerskenmerken en van de bewoner zelf. Het zou ook interessant kunnen zijn een dergelijke structuur te bepalen tussen verpleeghuizen. Men zou op die manier

wellicht tot een verantwoorde typologie van verpleeghuizen kunnen komen , waaraan bovendien meer inhoud zou kunnen worden gegeven. Een dergelijke kategorisering houdt een grotere belofte in dan de thans gehanteerde , die zoals we zagen , een tamelijk arbitraire opdeling is in tehuizen voor somatisch zieken en psychisch gestoorde bejaarden naast combinatie tehuizen. Het is immers bv. al zeer de vraag (een vraag die in deze studie overigens niet aan de orde is gekomen) in hoeverre psychisch gestoorde in somatische verpleeghuizen in kwantitatief en kwalitatief opzicht verschillen van psychisch gestoorde in verpleeghuizen voor psychisch gestoorde bejaarden. De twijfels rondom de indeling naar bestemming blijkt reeds bij het lezen van de vorige zin. Daar komt nog bij dat men in het algemeen wenst te spreken over verpleeghuizen voor psychisch gestoorde bejaarden , maar niet over verpleeghuizen voor somatisch zieke bejaarden.

Uit onze analyse-ervaringen is gebleken dat informatie over diagnoses door de wijze van vragen die afgestemd was op een multiple diagnosticering van de bewoner zeer moeilijk op een zinvolle manier te verwerken is.

Tenslotte een meer technische aantekening bij de inputmaat voor de SSA-analyses. De vorm van deze input is namelijk van het grootste belang voor de interpretatie van de resultaten. In ons geval hebben we gekozen voor een concordantie-discordantie-maat , de Kappa. Dit impliceert dat bij de interpretatie van de onderlinge afstanden tussen twee punten moet nagegaan worden of die afstand het gevolg is van de "similarity" of van de "dissimilarity" tussen die twee punten (zie ook bijlage C). In de ziekteleer zou waarschijnlijk volstaan kunnen worden met na te gaan welke stoornissen samen voorkomen; het zou de moeite waard zijn in de gezondheidsleer na te gaan of het samen niet-voorkomen van twee stoornissen ook niet van belang is.

13. Samenvatting.

Deze studie handelt over verpleeghuizen en hun bewoners op grond van beoordelingen door het personeel. Het onderzoeksmateriaal waarvan we in deze studie gebruik maken is ingewonnen door middel van enquêtes in verpleeghuizen in 1964 en 1970 , aangevuld door een follow-up-onderzoek in 1974.

Allereerst wordt een schets gegeven van het ontstaan en de groei van de verpleeghuizen in de kontekst van de gezondheidszorg in het algemeen. Het verpleeghuis heeft zich in de laatste decennia zeer sterk ontwikkeld , en heeft zich vooral moeite getroost tot een volwaardig instituut uit te groeien. Tijdens deze stormachtige ontwikkeling , die nog steeds niet geeindigd is , vond al zeer snel een differentiatie plaats tussen verpleeghuizen bestemd voor somatisch zieken en die voor psychisch gestoorde bejaarden , waarbij opmerkelijk is dat de eerst genoemde soort zich sneller ontwikkelde dan de laatste.

Voorts geven we naar aanleiding van de literatuurstudie een mozaiek van visies met betrekking tot de thematiek van het verpleeghuis. Allereerst worden de ideeën van verschillende beleidsinstanties besproken omtrent aard en omvang van het verpleeghuis , personeel , naamgeving , taak en bestemming , differentiatie , leiding en samenwerking.

Daarnaast komen enkele werkers in het veld aan het woord. Geproken wordt over het gesloten circuit , klassifikatie van bewoners en opnamebeleid.

Als derde onderdeel van de literatuurstudie worden in een kort overzicht de belangrijkste resultaten van voorgaande studies gegeven , te weten ; de dissertatie van Leering over de AIL-struktuur , en een vergelijkend overzicht van de enquêtes van 1964 en 1970. Als belangrijkste resultaat van deze laatste vergelijking geldt het feit dat de toestand van de bewoner in 1970 niet sterk is veranderd in vergelijking met die van 1964. De verrichte studie valt uiteen in een aantal vraagstellingen , die voornamelijk eksploratief van aard zijn. De inhoud van de vraagstellingen wordt verderop aan de hand van de verkregen

resultaten weergegeven.

In hoofdstuk 5 zijn de bij de respektievelijke vraagstellingen gehanteerde methoden aangegeven : materiaalbeschrijving , beschrijving van de verschillende steekproeven en de afzonderlijke analysemethoden.

Als eerste vraagstelling wordt onderzocht welke veranderingen tussen 1964 en 1970 zijn opgetreden , en dit zowel ten aanzien van de tehuiskenmerken als van bewonerskenmerken. Hierbij werd gestreefd naar een optimale vergelijkbaarheid van steekproeven. Voor een weergave van de gedetailleerde resultaten verwijzen we naar de samenvatting van hoofdstuk 6. Over het algemeen zijn de gevonden verschillen gering.

In hoofdstuk 7 komen de vraagstellingen 2 en 3 aan de orde. Eerst wordt de invloed van de omvang van de tehuizen bestudeerd. Daarbij blijkt dat bewonerskenmerken beter differentieren tussen grote (meer dan honderd bedden) en kleine tehuizen dan de tehuiskenmerken. De aard van de verschillen zijn echter niet eenduidig. Als tweede punt wordt de invloed van de bestemming van de tehuizen bestudeerd ; met andere woorden , nagegaan wordt of er een duidelijk onderscheid gemaakt kan worden tussen verpleeghuizen bestemd voor de verpleging van somatisch zieken en die voor psychisch gestoorde bejaarden. Op grond van tehuiskenmerken kan slecht gedifferentieerd worden tussen deze twee groepen ; differentiatie door bewonerskenmerken lukt beter. Op de derde plaats is nagegaan of de afdeling een beter indelingskriterium is voor somatisch zieken en psychisch gestoorde. Dit blijkt inderdaad het geval.

In hoofdstuk 8 is getracht een structuur te bepalen tussen bewonerskenmerken , met name op grond van functiestoornissen. Daartoe is eerst nagegaan of er op grond van de bewonerskenmerken zodanig te differentieren valt tussen psychisch gestoorde en somatisch zieken dat een gescheiden behandeling wenselijk is. De

gevonden resultaten gaven voor een dergelijke aanpak voldoende aanleiding. Achtereenvolgens kon voor een "random sample" van bewoners afkomstig uit 7 verpleeghuizen samen, en "random samples" van twee verpleeghuizen afzonderlijk een structuur van functiestoornissen bepaald worden. Daarbij bleek dat de structuur voor psychisch gestoorden niet fundamenteel verschilde van die voor somatisch zieken. Verder werd nagegaan of de functiestoornissen schaalbaar zijn. Dit bleek alleen voor de ADL-items het geval te zijn. Daarbij werd echter een verschillende oplossing gevonden voor somatisch zieken en psychisch gestoorden. Wel geldt echter dat de ADL-schaal voor somatisch zieken beter te verklaren is vanuit de overige bewonerskenmerken dan die voor psychisch gestoorden.

Hoofdstuk 9 is gewijd aan de Beoordelingsschaal voor Oudere Patientten. De structuur van de schaal is faktoranalytisch getoetst en blijkt consistent te zijn met de oorspronkelijke. Geprobeerd is met behulp van een andere techniek na te gaan of de komplekse structuur van gedrag niet eenvoudiger is zichtbaar te maken. De analyses werden apart uitgevoerd voor de somatisch zieken en psychisch gestoorden, nadat ons gebleken was dat op grond van gedragsbeoordelingen er een tamelijk groot onderscheid gemaakt kon worden tussen die beide groepen. Met behulp van deze methode werden de FOP-schalen in een twee dimensionele oplossing als schalen teruggevonden. Met betrekking tot de gedragsbeoordelingen over tijd hebben we gemeend dat het meer zinvol was een analyse per tehuis te verrichten. Voor een van de tehuizen zijn de resultaten weergegeven in de tekst. Het blijkt dat het aantal bewoners dat in drie maanden vooruitgegaan is ten aanzien van "algemene hulpbehoefvendheid" even groot is als het aantal dat achteruit gegaan is, maar niet meer dan dat, en daarbij is het zo dat de achteruitgang in het algemeen sneller is verlopen dan de vooruitgang.

In hoofdstuk 10 is gezocht naar een typologie van bewoners op grond van 78 kenmerken. Zowel bij de overall-analyse (de bewoners van 7 verpleeghuizen van

verschillende bestemming) als bij de analyse van twee afzonderlijke (een tehuis voor psychisch gestoorde bejaarden , en een tehuis voor somatisch zieken) wordt als een der dimensies gevonden : "algemene mate van hulpbehoevendheid". De andere dimensie blijkt bij de afzonderlijke analyses nagenoeg weg te vallen. Voor zover nog aanwezig geeft ze echter meer de soort gestoordheid aan, en dit ook nog op niet-eenduidige manier. Afgezien van de interpretatie van de dimensies is het mogelijk om de in de afbeelding weergegeven bewoners zuiver in termen van afstand en dus in relatie tot andere bewoners te bestuderen.

In hoofdstuk 11 is nagegaan : - in hoeverre ontslag respectievelijk overlijden geprediceerd kan worden op grond van onze variabelen. Uit de resultaten blijkt dat men goed kan differentieren tussen de ekstremen ; ontslagenen en overledenen. Als de blijvers in de analyse worden betrokken , is een minder duidelijke opsplitsing mogelijk : de groep blijvers bevat zowel bewoners die waarschijnlijk zullen worden ontslagen evenals bewoners die zullen overlijden. De groep ontslagenen werd in de eerste waarneming vooral gekenmerkt door geringere hulpbehoevendheid , betere reaktiveringskansen en een geringere inrichtingsbehoefte dan de groep die zou overlijden.

Summary. Nursing homes and their residents.

***** *****

This study deals with nursing homes and their residents on the basis of the judgments made by personnel. The research data used in this study has been gathered by means of questionnaires in nursing homes in 1964 and 1970 , supplemented by follow-up research in 1974.

First an outline of the origin and growth of the nursing home is presented , in the context of medical care in general. The nursing home has developed considerably during the last twenty years , growing into a full-fledged institution. During this rather tempestuous development , a differentiation between somatic nursing homes and homes for mentally disturbed elderly arose very quickly. It deserves mention that the former sort reached maturity earlier than the latter.

Further , we present a mosaic of visions on the theme of the nursing home in a review of the literature. First the ideas of different policy bodies are discussed in relation to the nature and extent of nursing home personnel , definitions , role and purpose , differentiation , management and co-operation. In addition , the views of several field workers are expressed. The closed circuit of care is discussed , along with the classification of inhabitants and entrance policy.

The third section of the literature study consists of a brief survey of the most important results of previous studies , including the dissertation by leering (1968) on the A.D.L. structure and a comparative survey of the results of questionnaires used in 1964 and 1970. The most important result of this last comparison is the fact that the situation of the nursing home resident in 1970 has hardly changed since 1964. The study reported here focuses on a number of research questions , mainly exploratory in nature. The contents of the research questions are reported later , along with the results obtained.

In a separate chapter , the methods employed to investigate the various research questions are presented , including descriptions of the data , the different samples and the separate methods of analysis.

The first research question involves an investigation of the changes which occurred between 1964 and 1970 , in relation to characteristics of the institution and of its inhabitants. An attempt is made here to obtain an optimal comparison of samples. For a presentation of the results in detail , we refer to the summary of chapter six. In general , the differences found are slight.

In chapter 7 , the second and third research questions are discussed. First the influence of the size of the institution is studied. It appears from this study that large (greater than 100 beds) and small institutions can be better differentiated by the characteristics of the residents than by the institution's characteristics. However the nature of the difference is complex. Next , the influence of the purpose of the institution is studied ; in other words , we investigated whether a clear distinction can be made between nursing homes intended for the nursing of somatic illness and those for mentally disturbed elderly. Only these two groups can be differentiated on the basis of institutional characteristics ; this is more successful regarding characteristics of residents. Finally , an investigation is made into the advantages of using the ward unit as a divisional criterion for somatic illness and mental disturbance ; this did prove more advantageous.

In chapter 8 , an attempt is made to determine a structure in the characteristics of the residents , especially in the disorders of functioning. To this end we investigated whether a sufficient differentiation can be made , on the basis of residents' characteristics , between mental disturbance and somatic illness , to indicate that separate treatment is desirable. The results

provided support for such treatment. A structure could be determined for the entire group and for the two groups separately. It appeared that the structure for mentally disturbed residents did not differ fundamentally from that for somatically ill residents. The difference can be expressed in a shifting of accent, however. Next the disorders of function are examined to determine if they are scaleable. Only the ADL items appeared to be scaleable. However a separate solution was found for somatically ill and for mentally disturbed. The ADL scale for somatically ill can be interpreted on the basis of the remaining characteristics of the residents better than that for mentally disturbed.

Chapter nine is devoted to the Assessment Scale for Older Patients (BOP). The structure of the scale has been tested by means of factor analysis, and appears to be consistent with the original structure. An attempt is made to investigate whether, with the help of another method, the complex structure of behavior can be made more simply visible. The analysis was carried out separately for the somatically ill and mentally disturbed, after it was apparent that a relatively clear distinction could be made between both groups on the basis of behavioral assessments. This method demonstrated that the original scales appear in a two-dimensional solution, applied to the Assessment Scales.

In relation to the behavior assessment over time it appeared more sensible to carry out an analysis per institution. For one of the institutions, the results are given in the text. The results show that the number of residents who have made progress in three months with regard to general need of help, balances the number who have deteriorated, but is not greater. Furthermore, deterioration appears to occur more quickly than progress.

A typology of residents on the basis of seventy eight characteristics is sought in chapter 10. One of the dimensions revealed in both the overall analysis (of residents of seven nursing homes with different purposes) and the analysis of

two separate institutions , one for mentally disturbed elderly and one for somatic illness , was "a general degree of infirmity". The other dimension almost disappears in the separate analysis. As far as it is present , it indicates the sort of disturbance , which appears to be complex. Apart from the interpretation of the dimensions , it is possible to study the residents depicted in the figure purely in terms of distance , thus , in relation to other residents.

In chapter eleven we examined the extent to which we were able to predict discharge and dying on the basis of our variables. The results show sound possibilities to differentiate between both extremes , the discharged and the deceased. If the residents who remain are included in the analysis , a less clear division into groups is possible ; the group of residents who remain includes both potential discharges and potential dying-cases. In the first observation , the group of discharged residents were primarily characterized by less "general need for help" , better chances of reactivation , and less need for institutionalization , than the group that would die.

Bijlage A; Verpleeghuisbewoners 1964-1974. (in %).

Item	code	1964 N=6513	1970 N=17344	1970 N=9472	1974 N=1494
1. Geslacht:					
	1=man	34	33	32.9	34.7
	2=vrouw	66	67	67.1	65.3
2. Burgerlijke staat:					
	1=gehuwd	23	24.7	27.6	28.4
	2=weluwstaat	46	50.7	50.2	51.5
	3=ongehuwd	28	21.4	18.8	17.
	4=gescheiden	3	3.1	3.3	3.2
3. Kerkgenootschap:					
	1=Prot. Chris.	46	45.2	49.1	41.4
	2=Rooms. Kath.	40	38.6	33.2	41.9
	3=Andere Godsd.	4	2.9	2.6	3.
	4=Geen Godsd.	10	12.8	14.6	13.6
4. Afstand woonpl. tot vpl.:					
	1=zelfde gemeente	43	48.1	45.4	40.8
	2=regio	37	31.7	30.5	42.1
	3=verder dan 25km.	20	20.1	22.7	17.
5. Verblijfplaats voor opname					
	1=eigen woning	54	46.7	43.4	29.3
	2=verzorgingstehuis	11	11.0	10.0	20.7
	3=ziekenhuis	25	32.0	34.6	31.9
	4=psych. ziekenhuis	2	4.3	5.3	7.8
	5=ander vpl.	5	4.5	4.9	9.1
	6=ten. voor psych. gest.	?	0.4	0.3	0.4
	9=onbekend	5	1.1	1.3	0.8
6. Jaar van laatste opname					
	1=0-12 maanden	41	41.6	43.7	37.5
	2=1-2 jaar geleden	19	18.3	17.6	15.
	3=2-3 jaar	13	12.4	12.0	13.3
	4=3-4 jaar	8	8.7	8.8	10.5
	5=4-6 jaar	8	9.1	8.7	14.0
	6=6-8 jaar	5	4.0	3.4	5.0
	8=8 jaar en langer	6	5.6	5.8	4.7
	9=niet ingevuld	-	-	-	
7. Is dit de eerste opname in dit verpleegtehuis (deze afdeling)					
	1=ja eerste maal	-	93.9	93.1	92.2
	2=tweede maal	-	5.1	5.3	5.4
	3=derde maal	-	0.8	0.7	0.7
	4=vierde maal of vaker	-	0.2	0.2	0.2
	9=niet ingevuld	-	-	-	1.5
8. Invaliditeitsgraad voor opname					
	1=geheel bedlegerig	-	7.5	6.7	12.9
	2=hulp daq. activiteiten	-	21.1	20.0	56.4

4=licht werk	-	10.3	10.8	6.1
5=bijna alle werk	-	0.6	0.8	1.5
6=geheel valide	-	2.4	3.1	1.4
9=niet ingevuld	-	-	-	5.6
9.Beroep voor opname/pensionering				
1=beschut werk	-	2.6	1.1	2.5
2=max. halve dagen	-	92.2	68.6	80.5
3=beroepsverandering	-	0.3	0.3	0.4
4=meer dan halve dagen	-	0.4	0.4	0.1
5=geheel beroepsvalide	-	4.4	2.0	16.4
9=onbekend	-	-	27.7	
10.pensionering (voor opname)				
1=voortijdig gepension.	-	6.8	3.4	35.7
2=lang voor opname	-	69.9	45.4	36.5
3=binnen 5 jr. voor opn.	-	6.8	5.4	11.2
4=korter 1 jr. voor opn.	-	1.4	1.0	1.9
5=na opname gepension.	-	2.4	1.9	13.4
6=noy niet gepension.	-	12.6	6.8	1.1
9=niet ingevuld	-	-	36.1	
11.Wie betaalt verpleegprijs				
0=A.W.B.Z.	-	96.2	94.8	98.0
1=ziekenfonds	-	1.1	1.8	0.6
2=A.B.W.	-	1.5	1.3	0.5
3=patient zelf	-	0.9	1.4	0.3
4=anderszins	-	0.4	0.2	0.6
9=niet ingevuld	-	-	-	
12.Welke afdeling				
1=somatisch zieken	-	63.4	57.1	44.9
2=psychisch gestoorde	-	26.0	29.9	46.5
3=beide, apart	-	1.7	1.7	0.1
4=beide, niet apart	-	8.8	10.6	8.5
9=niet ingevuld	-	-		
13.Visusstoornissen				
1=geen	86.0	78.4	78.2	77.8
2=hinderlijk gest.	14.0	18.5	19.0	19.7
3=blind		3.1	2.5	2.5
14.gehoorstoornissen				
1=geen	87.9	80.8	81.2	83.1
2=hinderlijk gest.	12.1	14.6	14.1	14.2
3=doof		4.6	4.2	2.6
15.Spraakstoornissen				
1=geen	83.2	77.1	76.6	74.0
2=hinderlijk gest.	16.8	14.7	14.3	15.4
3.afasie		8.2	8.6	10.6
16.Contracturen				
1=ja	26.2	34.7	33.6	27.2
2=nee	73.8	65.3	66.1	78.2
17. Paralyse/paresen				

2=nee	69.7	67.4	68.0	77.3
18.Amputaties				
1=ja	3.8	3.7	3.3	2.6
2=nee	96.2	96.3	96.7	97.4
19.volledig bedlegerig				
1=ja	16.0	12.7	11.2	4.8
2=nee	84.0	87.3	88.2	95.2
20.Incontinent				
1=ja	26.0	33.4	33.5	42.1
2=nee	74.0	66.6	66.5	57.9
21.Katheter a demeure				
1=ja	7.0	11.3	11.0	10.5
2=nee	93.0	88.7	88.4	89.5
22.Decubitus				
1=ja	5.0	6.2	6.5	6.9
2=nee	95.0	93.8	93.5	93.1
23.Hulp nodig bij baden/douche				
1=ja	87.0	86.8	87.3	83.5
2=nee	13.0	13.2	12.7	16.5
24.Hulp nodig bij aan- en uitkleden				
1=ja	72.0	71.9	70.6	65.3
2=nee	28.0	28.1	29.4	34.7
25.Hulp nodig bij wassen gezicht/handen				
1=ja	55.0	55.2	53.9	45.7
2=nee	45.0	44.8	45.6	54.3
26.Hulp nodig bij toilet				
1=ja	61.0	60.6	59.8	54.9
2=nee	39.0	39.4	39.7	45.1
27.Patient is psychisch gestoord				
1=ja	34.3	44.9	47.8	60.7
2=nee	65.7	55.1	51.6	39.3
28.Patient is sociaal onaangepast				
1=ja	10.5	31.8	35.0	41.9
2=nee	89.5	68.2	64.3	58.1
29.Toezichts- en begeleidingsbehoefte				
1=ja	69.0	69.1	70.4	90.1
2=nee	31.0	30.9	29.1	9.9
30.Zou zelf bed kunnen opmaken				
1=ja	11.0	10.6	10.9	15.6
2=nee	89.0	89.4	88.5	84.4
31.Zou zelf boodschappen kunnen doen				
1=ja	8.0	8.5	7.9	10.3
2=nee	92.0	91.5	92.1	89.7

32.Zou zelf kamer kunnen schoonhouden				
1=ja	6.0	6.1	6.1	6.4
2=nee	94.0	93.9	93.9	93.6
33.Zou zelf kunnen koken				
1=ja	5.0	4.9	5.0	3.8
2=nee	95.0	95.1	94.4	96.2
34.Verplaatsingsmogelijkheid				
1=kan z. niet verpl.	51.1#	23.2	22.2	20.6
2=met hulpmiddelen	68.7	44.1	42.2	33.8
3=onafhankelijk	?	32.7	35.4	45.5
35.Reaktiveringskansen				
0=zeer groot	4.0	7.0	8.7	5.2
1=groot	9.0	8.2	8.1	6.0
2=niet zo groot	29.0	15.9	15.5	12.2
3=gering	32.0	20.6	19.5	27.9
4=zeer klein	26.0	48.3	47.6	48.7
36.Behoefte aan behandeling/controle				
1=med+para+verpl.	19.0	40.4	44.8	20.5
2=med+para.	3.0	3.4	2.4	2.0
3=med+verp.	22.0	28.0	26.3	24.8
4=para+verp.	9.0	9.8	8.5	23.6
5=alleen medisch	13.0	2.1	2.1	2.2
6=alleen paramed.	4.0	1.5	1.5	1.1
7=alleen verpleegk.	23.0	12.3	10.7	22.5
8=geen van drieen	7.0	2.9	3.1	3.3
37.Inrichtingsbehoefte				
1=blijven	72.0	84.7	84.8	90.0
2=naar teh. psych. gest.	5.0	4.3	3.6	2.2
3=verzorgingstehuis	17.0	8.6	8.9	5.1
4=woning+voorzieningen	3.0	1.2	1.2	
4=woning zonder meer	2.0	1.2	1.2	0.7
38.Verplaatsing binnen het tehuis				
1=nee		97.8	96.8	97.9
2=naar afd.som.zieken		0.4	0.5	1.2
3=naar afd.psych.gest.		1.8	1.9	1.0
39.Diagnoseschema				
a. keuze 1				
01=C.V.A.	15.0	14.9	14.4	13.0
02=M.S.	6.0	3.5	7.3	2.5
03=Parkinson	4.0	3.4	1.4	2.5
04=chron.reuma	6.0	4.3	1.6	2.0
05=arthr.deform.	5.0	4.7	4.6	2.7
06=fract.coll.fem.	4.0	4.1	1.8	2.7
07=diabetes mellitus	3.0	2.6	2.1	1.9
08=maligne tumoren	3.0	4.0	4.0	1.3
09=aand.bloed enz.	1.0	0.6	0.6	0.3
10=stofwiss.ziekten	1.0	0.4	0.4	0.3
11=vaataandoeningen	4.0	3.1	2.9	1.5
12=hartaandoeningen	6.0	5.7	4.0	3.5
13=ademhalingsstoorn.	2.0	2.6	2.6	1.9

15=tr. urogenitalis	1.0	1.4	1.2	0.9
16=traum. aand. c. z.		2.2	1.6	1.9
17=overige aand. c. z.		5.5	5.0	5.2
18=aand. bewegingsappar.	5.0	5.4	5.3	2.8
19=huidaandoeningen		0.6	0.6	0.1
20=deficientieziekten		0.2	0.1	0.1
21=psychische stoorn.	11.0	28.8	33.7	50.9
00=geen diagnose		0.5	0.5	1.1
B. Keuze 2				
01=C.V.A.	2.0	2.4	2.6	2.3
02=M.S.		0.2	0.1	0.6
03=Parkinson		1.8	1.8	3.7
04=chron. reuma	1.0	0.9	0.8	0.8
05=arthr. deformans	4.0	5.4	5.2	7.9
06=fract. coll. fem.	2.0	2.0	2.1	2.3
07=biabetes mellitus	6.0	6.1	6.6	7.2
08=maligne tumoren	1.0	1.2	1.2	1.5
09=aand. bloed enz.	1.0	1.3	1.4	1.4
10=stofwiss. ziekten	1.0	1.0	1.0	1.1
11=vaataandoeningen	6.0	7.5	7.1	6.9
12=hartaandoeningen	7.0	13.4	14.9	17.1
13=ademhalingsstoorn.	2.0	4.1	4.3	4.9
14=spijsvert. stoorn.	3.0	3.7	3.6	2.7
15=aand. tr. urogenitalis	3.0	5.7	6.2	5.1
16=traum. aand. c. z.		0.6	0.8	0.5
17=overige aand. c. z.		4.7	5.2	4.1
18=aand. bewegingsapp.	4.0	6.7	6.5	5.8
19=huidaandoeningen	1.0	1.9	2.0	1.5
20=deficientieziekten		0.3	0.2	0.1
21=psychische stoorn.		7.9	0.7	4.9
00=geen diagnose		21.0	18.9	18.5
C. Keuze 3				
01=C.V.A.		0.5	0.7	1.0
02=M.S.				0.1
03=Parkinson		0.8	0.6	1.9
04=chron. reuma		0.4	0.3	0.8
05=arthr. deformans	1.0	2.9	2.8	5.5
06=fract. coll. fem.	1.0	0.6	0.7	1.3
07=diabetes mellitus		3.1	1.7	2.7
08=maligne tumoren		0.5	0.6	1.0
09=aand. bloed enz.		1.0	1.1	0.5
10=stofwiss. ziekten		0.6	0.6	0.7
11=vaataandoeningen	1.0	3.6	3.7	4.5
12=hartaandoeningen	2.0	7.8	9.0	10.0
13=ademhalingsstoorn.	1.0	3.2	3.5	5.4
14=spijsvert. stoorn.	1.0	2.9	2.9	2.7
15=aand. tr. urogenitalis	1.0	4.6	5.0	5.6
16=traum. aand. c. z.		0.3	0.3	0.3
17=overige aand. c. z.		1.5	1.5	1.9
18=aand. bewegingsapp.	2.0	4.3	4.2	3.6
19=huidaandoeningen		2.0	2.2	1.9
20=deficientieziekten		0.2	0.1	0.1
21=psychische stoorn.	7.0	4.5	3.9	3.0
00=geen diagnose		54.6	50.4	45.6

01=C.V.A.		0.2	0.3	0.8
02=M.S.				
03=Parkinson		0.3	0.2	1.1
04=chron.reuma		0.2	0.2	0.2
05=arthr.deformans		1.0	1.0	3.1
06=fract.coll.fem.		0.1	0.1	0.6
07=diabetes mellitus	1.0	0.9	1.0	0.9
08=maligne tumoren		0.2	0.3	0.5
09=aand.bloed enz.		0.6	0.7	0.5
10=stofwiss.ziekten		0.3	0.3	0.3
11=vaataandoeningen	2.0	1.1	1.3	3.5
12=hartaandoeningen	3.0	2.6	2.9	3.1
13=ademhalingsstoorn.	1.0	1.1	1.4	2.5
14=spijsvert.stoorn.	1.0	1.2	1.5	1.4
15=aand.tr.urogenitalis	2.0	2.6	2.9	3.1
16=traum.aand.c.z.		0.1	0.2	0.1
17=overige aand.c.z.		0.7	0.7	0.9
18=aand.bewegingsapp.	2.0	1.5	1.6	2.5
19=huidaandoeningen	1.0	1.1	1.1	1.4
20=deficientieziekten		0.1	0.1	0.1
21=psychische stoorn.	6.0	2.4	2.5	2.3
00=geen diagnose		81.6	76.9	70.8

Bijlage B ; Vergelijkende percentages voor overleden bewoners ,ontslagen bewoners (naar eigen woning + verz.teh) en bewoners die nog in het verpleeghuis zijn (periode januari april 1974) .

	overleden N = 99	ontslagen N = 62	blijvers N = 1004
1. Geslacht van de patient			
1=man	41.8	25.8	35.4
2=vrouw	58.2	74.2	64.6
2. Burgerlijke staat			
1=gehuwd	29.6	46.8	26.7
2=weduwstaat	54.1	41.9	50.3
3=ongehuwd	14.3	9.7	19.6
4=gescheiden	2.0	1.6	3.4
3. Kerkgenootschap			
1=prot.christ.	51.0	37.1	44.8
2=rooms-kath.	23.5	40.3	37.3
3=andere godsdienst	18.4	21.0	14.5
4=geen godsdienst	18.4	21.0	14.5
4. Afstand woonplaats tot verpleegtehuis			
1=zelfde gemeente	40.8	72.9	48.0
2.regio	39.8	22.0	35.4
3=verder dan 25 km	14.3	5.1	12.9
9=niet ingevuld	5.1	-	3.7
5. Verblijfplaats patient voor opname			
1=(eigen) woning in de wijk	27.3	33.9	26.7
2=verzorgingstehuis	23.2	12.9	20.8
3=ziekenhuis	34.3	52.2	32.5
4=psychiatrisch ziekenhuis	6.1	-	8.6
5=ander verpl.huis/afdeling	9.1	-	10.9
6=teh.psychisch gestoorde	-	-	0.5
7. Is dit de eerste opname in dit verpleegtehuis/afdeling			
1=ja, eerste maal	90.8	90.3	92.7
2=tweede maal	9.2	3.2	6.3
3=derde maal	-	4.8	0.7
4=vierde maal of vaker	-	1.6	0.2
8. Invaliditeitsgraad voor opname			
1=geheel bedlegerig	18.3	19.4	14.3
2=hulp nodig dagelijkse akt.	58.1	46.8	59.3
3=geen hulp, kan niets	16.1	12.9	17.2
4=lichte werkzaamheden	6.5	16.1	5.8
5=bijna alle werk	1.1	1.6	1.6
6=was geheel valide	-	3.2	1.9
12. Op welke afdeling			
1=somatisch zieken	35.7	88.5	54.7
2=psychisch gestoorde	42.9	11.5	35.7
3=beide, apart	-	-	-

13. Visusstoornissen			
1=geen	67.3	78.3	77.6
2=hinderlijk gestoord	24.5	21.7	20.0
3=blind	8.2	-	2.3
14. Gehoorstoornissen			
1=geen	77.6	85.0	82.7
2=hinderlijk gestoord	16.3	13.3	15.0
3=doof	6.1	1.7	2.3
15. Spraakstoornissen			
1=geen	59.2	78.7	71.8
2=hinderlijk gestoord	24.5	9.8	16.8
3=afasie	16.3	11.5	11.4
16. Contracturen			
1=ja	32.7	21.3	32.0
2=nee	67.3	87.6	68.0
1=ja	32.7	21.3	32.0
2=nee	67.3	78.7	68.0
17. paralyzen			
1=ja	16.3	24.2	28.3
2=nee	83.7	75.8	71.7
18. amputaties			
1=ja	3.0	3.2	3.2
2=nee	97.0	96.8	96.8
19. volledig bedlegerig			
1=ja	21.4	3.3	4.1
2=nee	78.6	96.7	95.9
20. incontinentie			
1=ja	69.7	12.9	39.8
2=nee	30.3	87.1	60.2
21. katheter a demeure			
1=ja	26.8	3.2	10.4
2=nee	73.2	96.8	89.6
22. decubitus			
1=ja	23.2	1.6	6.6
2=nee	76.8	98.4	93.4
23. Hulp nodig bij baden, douchen			
1=ja	86.6	77.4	86.8
2=nee	13.4	22.6	13.2
24. Hulp nodig bij aan- en uitkleden			
1=ja	77.8	35.6	66.1
2=nee	22.2	64.4	33.9
25. Hulp nodig bij wassen gezicht			
1=ja	67.0		
2=nee	33.0		

25.Hulp nodig bij wassen gezicht			
1=ja	67.0	11.3	42.0
2=nee	33.0	88.7	58.0
26.Hulp nodig bij toilet-functie			
1=ja	72.7	32.2	54.3
2=nee	27.3	67.7	45.7
27.Psychisch gestoord			
1=ja	72.4	11.5	53.1
2=nee	27.6	88.5	46.9
28.Sociaal onaangepast			
1=ja	49.0	15.0	39.5
2=nee	51.0	85.0	60.5
29.Toezicht- en begeleidingsbehoefstig			
1=ja	95.9	54.1	89.8
2=nee	4.1	45.9	10.2
30.Zou zelf bed kunnen opmaken			
1=ja	6.1	42.6	16.2
2=nee	93.9	57.4	83.8
31.Zou zelf boodschappen kunnen doen			
1=ja	2.1	37.7	9.9
2=nee	97.9	62.3	90.1
32.Zou zelf kamer kunnen schoonhouden			
1=ja	2.0	24.6	6.2
2=nee	98.0	75.4	93.9
33.Zou zelf kunnen koken			
1=ja	2.0	16.7	3.7
2=nee	98.0	83.3	96.3
34.Verplaatsingsmogelijkheid			
1=kan z. geheel niet verpl.	48.5	4.8	20.7
2=met hulpmiddelen	26.3	56.5	36.5
3=onafhankelijk	25.3	38.7	42.6
35.Reaktiveringskansen A. D. L. functie			
1=zeer groot	1.0	17.7	2.8
2=groot	3.1	45.2	5.1
3=niet zo groot	6.1	19.4	13.6
4=gering	25.5	6.5	33.8
5=zeer gering	64.3	11.3	44.6
36.Behoefte aan behandeling en/of controle			
1=med+para+verpl	45.0	17.0	21.4
2=med+para	1.0	5.0	1.8
3=med+verp	18.0	1.0	14.8
4=para+verp	16.0	7.0	29.3
5=alleen med	3.0	8.0	1.9
6=alleen para	-	5.0	0.9
7=alleen verp	11.0	11.0	26.8
8=geen van drieën	2.0	8.0	3.1

37. Inrichtingsbehoefte

1=blijven	94.0	24.0	91.2
2=afdeling ps.gestoorden	1.0	2.0	2.5
3=verzorgingstehuis	2.0	20.0	4.7
4=eigen woning, aangepast	2.0	13.0	1.0
5=eigen woning zonder meer	-	3.0	0.5

38. Moet pat. verplaatst binnen tehuis ?

1=nee	97.0	60.0	97.7
2=afdeling som.zieken	-	1.0	1.3
3=afdeling ps.gestoorden	2.0	-	1.0

39. Diagnoses

ovl ontsl blijvers

ovl ontsl blijvers

eerste keuze

tweede keuze

1=C.V.A.	5.0	19.0	15.9	7.0	-	2.9
2=M.S.	1.0	1.0	3.1	-	-	0.9
3=Parkinson	4.0	4.0	2.7	3.0	1.0	4.6
4=chron.reuma	-	3.0	2.5	1.0	-	1.1
5=arthr.def.	-	4.0	3.5	6.0	8.0	10.4
6=fract.colli f.	3.0	9.0	2.9	6.0	-	2.8
7=diabetes	1.0	2.0	2.0	5.0	3.0	8.9
8=mal.tumoren	6.0	1.0	0.9	2.0	3.0	1.5
9=bloedaand.	-	-	0.4	2.0	3.0	1.5
10=stofwiss.z.	1.0	1.0	0.3	-	2.0	1.5
11=vaataand+emb	4.0	2.0	1.6	11.0	9.0	8.9
12=hartaand	3.0	-	3.1	15.0	6.0	15.5
13=ademh.aand	1.0	5.0	2.2	4.0	2.0	5.5
14=spijsvert	2.0	2.0	0.8	-	2.0	3.9
15=tr.urogen	2.0	1.0	1.1	8.0	1.0	6.6
16=c.z.traum	1.0	-	2.3	2.0	-	0.5
17=c.z.overige	2.0	1.0	7.1	6.0	2.0	6.0
18=bew.appar	3.0	2.0	3.3	5.0	1.0	8.9
19=huidaand	1.0	-	-	2.0	-	1.4
20=deficientie	-	-	0.2	-	-	-
21=psych.st.	59.0	5.0	14.0	6.0	3.0	6.6

Bijlage C ; de G-index.

		item Y	
		ja (1)	nee(0)
item x	ja (1)	a	b
	nee (0)	c	d

t

$$G = 2 P_c - 1 \quad \text{en} \quad P_c = (a + d) / T$$

De waarschijnlijkheid , P_c is gedefinieerd als de som van de overeenkomstige cellen in een vierveld tabel.

Eigenschappen van de G-index

- 1- de G-index vereist geen aannamen over de data, en is gebaseerd op een eenvoudige waarschijnlijkheid; de waarschijnlijkheid van overeenkomstige antwoorden.
- 2- in verband met het gebruik in de geïnverteerde matrix; de zogenaamde Q-methode, blijken de volgende eigenschappen: a- de G-index levert ipsatieve scores, die onderling vereist zijn wil de Q-factoranalyse legaal worden toegepast, de G-index is invariant onder omkeringen in de skorerichting.
- 3- in de R-techniek kan de G-index voor bepaalde typen van data een betekenisvolle statistiek zijn. Bij de toepassing van de G-index kan de interpretatie duidelijker zijn dan verwacht mag worden bij toepassing van correlatiecoëfficiënten (Holley en Sjöberg geven hiervan een voorbeeld)
- 4- Voorts is de G-index invariant voor ruis effecten die het resultaat zijn van verschillen in de niveaus van testuitvoering.
- 5- Lienert (1972) stelt voor om de G-index als een "homonymity- heteronymity-index" te benoemen. Lienert laat voorts zien hoe de G-index statistisch getoetst kan worden; uiteraard niet op dezelfde manier als een phi-coëfficiënt, omdat de G-index niet gebaseerd is op de cross-produkten ($ad-bc$) maar op het verschil van de cross-sums ($(a+d)-(b+c)$). Lienert geeft ook aan hoe je het verschil tussen twee G-indexen kunt toetsen, en het testen van de homogeniteit van verscheidene G-indexen.
- 6- De G-index is te prefereren boven de phi-coëfficiënt als de dichotomien niet normaal verdeeld zijn.
- 7- Cohen geeft in een artikel in 1969 in Psychological Bulletin, een uitbreiding van de G-index (die uitsluitend kan gebruikt worden voor dichotomien), namelijk de R_c : " a profile similarity coefficient invariant over variable reflection".

Bijlage D ; Smallest Space Analysis.

Interpretatie van de SMALLEST SPACE ANALYSIS.

De technische aspecten van de SSA zijn reeds voldoende besproken door Guttman (1968) en McFarland en Brown (1973). We zullen in deze paragraaf speciale

Alle multivariate data reductie technieken zoals factoranalyse, SSA, clusteranalyse of multidimensionele schalingstechnieken kunnen gebruik maken van de ruwe score matrix S. Voor een SSA analyse is deze matrix S weliswaar voldoende maar niet vereist. Twee additionele matrixen kunnen gemakkelijk afgeleid worden van deze S-matrix.

Tabel 1
Illustratie van een S-matrix

object	variabele				
	1	2	3	m
1	s11				s1m
2	s21				s2m
.	.				.
.	.				.
.	.				.
n	sn1				snm

tabel 2

illustratie van : (a) R-matrix ; en (b) Q-matrix;
ofwel van similarity ofwel van afstands coëfficiënten.

variabele						object					
variabele	1	2	3	...	m	object	1	2	3	...	n
1	r11	r12	r13...		r1m	1	r11	r12	r13...		r1n
2	r21	r22	r23...		r2m	2	r21	r22	r23...		r2n
3	r31	r32	r33...		r3m	3	r31	r32	r33...		r3n
.
.
.
m	rm1	rm2	rm3...		rmn	n	rn1	rn2	rn3...		rnn
*****						*****					
R-matrix (a)						Q-matrix (b)					
*****						*****					

De R-matrix bestaat uit coëfficiënten die de afstand of similarity aangeven tussen paren van variabelen (deze kunnen berekend worden van de kolommen van de S-matrix). Door de rijen van een S-matrix te correleren kan een Q-matrix berekend worden.

Guttman (1959) heeft voorgesteld om de term "facet" in te voeren ; die als volgt wordt gedefinieerd : "a set is a component of a Cartesian product". Uit tabel 1 zijn de twee volgende data facetten te zien, die we naar gelijknamigheid van Lingoes (1968) als volgt zullen benoemen : P = de populatie van N objecten en I = de set van M items of variabelen.

In tabel 2a wordt het I-facet gerepresenteerd terwijl in tabel 2b slechts het P-facet te zien is.

We kunnen niet alleen een matrix konstrueren waarin zowel twee als een facet

kunnen ook een geometrische representatie (ruimte diagram) konstrueren waarin we een of twee facetten kunnen laten zien. De twee-facet afbeelding zullen we de "punten ruimte" noemen en de een-facet afbeelding de "vectorruimte " noemen.

Random sampling.

In overzicht 1 staan de bewoners vermeld van alle acht verpleeghuizen , die volgens een randomsamplingsprocedure van het SPSS-pakket (aanwezig op het Universitair Rekencentrum (URC) te Nijmegen) , in het eerste sample zijn terecht gekomen. In de eerste drie kolommen staan de oorspronkelijke respondentnummers zoals deze zijn toegekend door de verpleeghuisstaf , vervolgens zijn de 78 variabelen vermeld in dichotome antwoord categorieen (0=niet gestoord ; 1=gestoord). Dit overzicht is van het allergrootste belang bij de uiteindelijke interpretatie van de resultaten.

Bijlage E : A D L schaling somatisch zieken (1974)

item21 INCONTINENTIE
 item25 AANKLEDEN
 item26 WASSEN GEZICHT
 item27 TOILET

ITEM..	V21	V26	V27	V25	
code..	0	1 I 0	1 I 0	1 I 0	1 I totaal
A	I	I	I	I	I
D	4 I 0	66I 0	66I 0	66I 0	66I 66 (13,20%)
L	I-----ftnI	I	I	I	I
S	I	I	I	I	I
Z	3 I 67	38I 37	68I 1	104I 0	105I 105 (21,00%)
	I	I-----ftnI	I	I	I
	I	I	I	I	I
2	I 76	11I 81	6I 10	77I 7	80I 87 (17,40%)
	I	I	I-----ftnI	I	I
	I	I	I	I	I
1	I 73	21I 90	4I 83	11I 36	58I 94 (18,80%)
	I	I	I	I-----ftnI	I
	I	I	I	I	I
0	I 148	0I 148	0I 148	0I 148	0I 148 (29,60%)
	I-----I	I-----I	I-----I	I-----I	I
som	364	136	356	144	242 258 191 309 500
perc	73	27	71	29	48 52 38 62
fouten	0	70	37	10	11 11 43 0 182
		V21	V25	V26	V27
item25		0.5563			
item26		0.5670	0.9227		
item27		0.6924	0.9419	0.9320	
schaal-item		0.4576	0.7570	0.7170	0.8758

V21	I NCONTINENTIE
V25	AANKL EDEN
V26	WASSEN GEZICHT
V27	TOILET

V25	0.7748			
V26	0.7851	0.9747		
V27	0.8571	0.9438	0.9740	
schaal-item	0.6868	0.9423	1.0148	1.0075

```

*****      sample 1      *****      overall typologie      *****
Hoofdstuk 10 ; figuur 11 en 12.

```

```

6 9000 0000 00 11 11 1111 1000 11000 10 1110 110 1000 11100 1001 1100 1100 0000 0000 11 0000 000
2400 00 0000 00 1000 101010 1000 100000 1001 1100 100000 000000 000000 000000 100000 0000 100000
5801 01 0001 00 1111 10 1111 11100 110 111 1111 110 1111 1111 1100 11 1110 0000 0000 0001 00000 100
8801 10 000 1 10 1111 10 1111 10 1111 100 110 1111 1111 110 110 111 111 1110 0000 0000 10000 10000 0000
1450 00 01 0000 0000 00 10 1111 10 110 10000 1111 1110 10 10 11100 10 1111 00 0000 01 1000 0000 0000 0000

```

11110000000010000101011001100001100000011010000100001100000000000000001101000000
17000010100111010001111100000000110000011000000000010000000000011000000010000100
24001110110111110111111001101011101001101110110001101111000000000000000010010100
4210111001001111101111110011110111111101111011011101111111000000000000000010100
600001000000100000011111111000011100000110010001101001000010100010100010000000000
11000110000011000011111010000000110000011000000001110010010000101000000000000100

[illegible][illegible]

Bewoners van St.Jansgeleen (N = 9)

```

9001110011011111011111110000001101100000000001000001111000000000000000110000000
50010000000010001011111000100000110001011000001110010010100000000010000100100000
8901000011000111101111100110000000011001101000010011010000001000001000010000000
10500000001001111111111011111000111111011010110001011110000000000000100100000
11400000001001111111111011011000101111100010101101010101111100000000000100000000
159010000010000011111110101010110111111010001100000101110100000000000110000000
180010000000111111111101010000010010110100100110000010000000000000000100000000
189000000000001111111111010100001101111101011000100010010001100100000000100000000
197100000000001111111111011100000100000001000000000000110001100100001000100000000

```

Bewoners van Eugeria (N = 5)

```

15000110111011110011111110011000010000011000001100010001100001000000000000000000
730000100000110000011110100000000100000010000000010000000000000000000000000000
36400000000011010011111010001000010100011000001010001001100000000100000000000000
3730000000110110111111111111100110110100101111110111011110100000000000000000100
3841111100000111100111110100011001000000110001011000111111000100000000000100100000

```

Bewoners van Dommelhoeft (N = 11)

```

100000101000111100111111100000001000000010010000000000010000000000001000010000000
121010000000000001111110100000000000000100000000000000000000000000000000000000
220010000100111111111110110111110111111010111101110111011110000000000000000000
7610111000001111001111100101001011000001100100100000010101000000000000000000010000
13210101000001101001111100000000011100001101100100001010000001000000000000000000
1520000000000000000100000000000000000000000000000000000000000000000000000000000
15501000000001000001111101110000000000001101000100001010000001000000000000000000
1760000000001000001101100000000000000000100100000000000000000000000000000000000
19311000000001110111111100100000100111111000011111111110100110010000000000000000
2201100000000111011111110100101000000010110000001010101000000000000000000000000
270000000000011101011111000000000000001100101000000000010000001000000000000000000

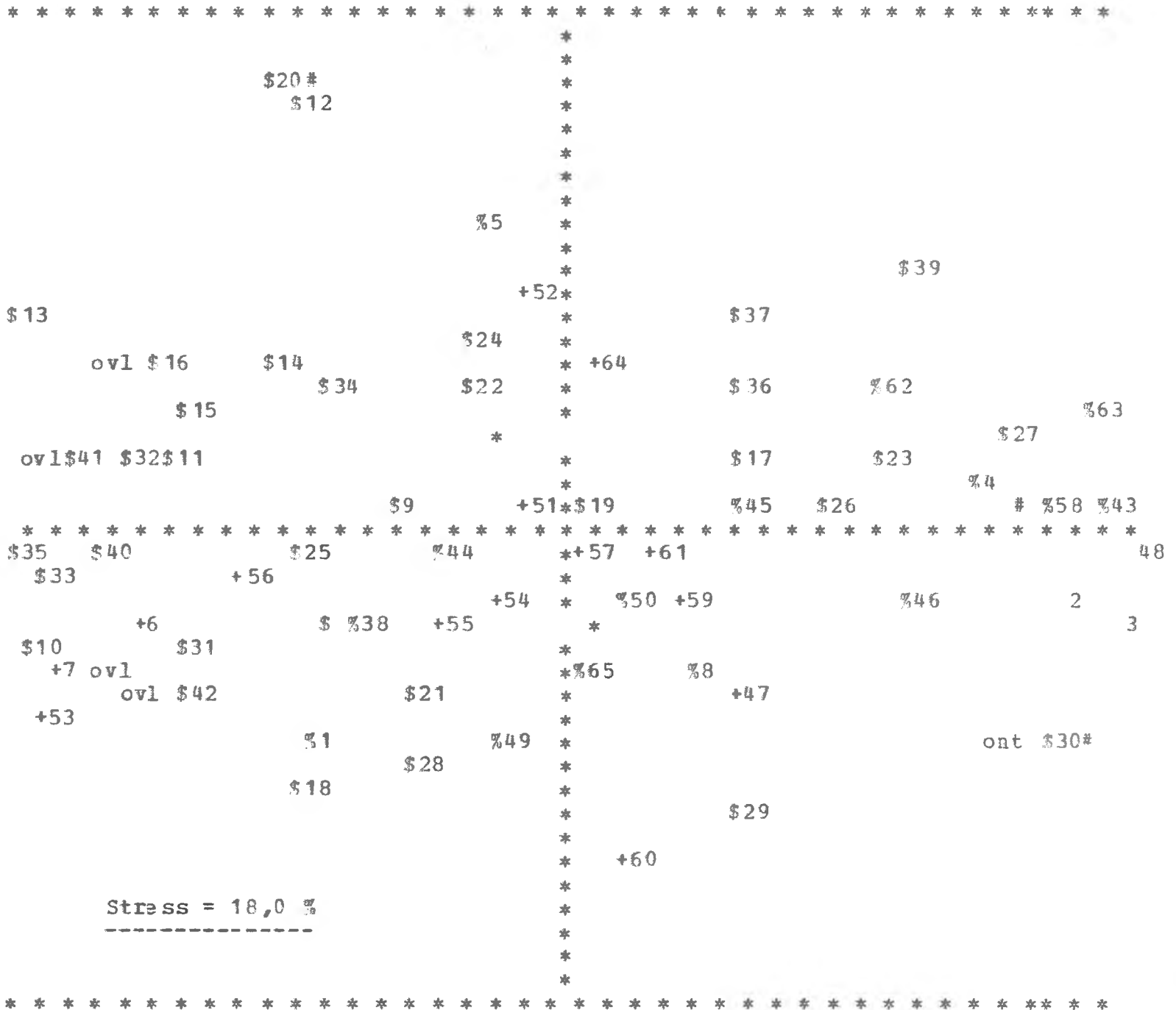
```

Verklaring van de kolommen :

kolom 1-3 = respondentnummer . Kolom 4 en volgende komen overeen met de nummering en betekenis van schema 5 in hoofdstuk 10.

Bijlage H ;

**** TEHUIS 011 SAMPLE2 Heremaler Hof (N=65).



% = begeleidingsbehoefitigen
 + = verzorgingsbehoefitigen
 Vergelijk figuur 13 in hoofdstuk 10.

* = ziekenafdeling
 \$ = licht verzorgingsbehoefitig

Bijlage I ;Overzicht van tabellen

- Tabel 1 : De verpleeghuisbewoners in 1964 en 1970 , onderscheiden naar de aard van de verplaatsing in procenten.
- Tabel 2 : Overzicht van de steekproeven in 1964 , 1970 en 1974 , onderscheiden naar gebruikte methode , omvang en bestemming.
- Tabel 3 : De bewoners (1964) , onderscheiden naar geslacht en burgerlijke staat.
- Tabel 4 : De bewoners (1970A) , onderscheiden naar geslacht en burgerlijke staat.
- Tabel 5 : De bewoners (1970B) , onderscheiden naar geslacht en burgerlijke staat.
- Tabel 6 : De bewoners (1974A) , onderscheiden naar geslacht en burgerlijke staat.
- Tabel 7 : De bewoners (1970B) , onderscheiden naar afdeling en oordeel arts.
- Tabel 8 : De verschillende vraagstellingen onderscheiden naar analysetechnieken.
- Tabel 9 : Verpleeghuiskenmerken en hun bijdrage tot het verschil kleine - grote tehuizen.
- Tabel 10 : Verpleeghuiskenmerken en hun bijdrage tot de bestemming van verpleeghuizen.
- Tabel 11 : Bewonerskenmerken en hun bijdrage tot de bestemming van verpleeghuizen.
- Tabel 12 : Proportie van de variantie in iedere groep , welke verklaard wordt door de belangrijkste prediktors.
- Tabel 13 : Vergelijking van de funktiestoornissen in percentages voor somatisch zieken en psychisch gestoorde, apart voor mannen en vrouwen en naar verschillende indelingskriteria.
- Tabel 14 : Relatieve frekwenties van de ADL.
- Tabel 15 : ADL schaling voor somatisch zieken (1970).
- Tabel 16 : ADL schaling voor psychisch gestoorde (1970).
- Tabel 17 : Percentages per antwoordcategorie voor de 35 items van de BOP.
- Tabel 18 : resultaten discriminant-analyse somatisch zieken psychisch gestoorde.
- Tabel 19 : Klassifikatie somatisch zieken psychisch gestoorde.
- Tabel 20 : Histogram van de aard van de verplaatsing van de ex-bewoners.

- Tabel 22 : Resultaten discriminant-analyse ; ontslagen(62) versus overleden(99) bewoners.
- Tabel 23 : Klassifikatie ex-bewoners.
- Tabel 24 : Spreidingsdiagram van de ex-bewoners.
- Tabel 25 : Overzicht discriminant-analyse drie groepen ; ontslagen , overleden bewoners en blijvers.
- Tabel 26 : Discriminatie-gewichten op de beide funkties .
- Tabel 27 : Klassifikatie van de ex-bewoners en de blijvers.

Bijlage J ;

Overzicht van figuren

- Figuur 1 : Bewonerskenmerken en hun relatieve bijdrage tot de soort afdeling.
- Figuur 2 : Bewonerskenmerken als prediktoren voor het dubbelkriterium (afdeling en oordeel arts).
- Figuur 3 : SSA oplossing voor funktiestoornissen (N=6943).
- Figuur 4 : SSA oplossing voor funktiestoornissen ; somatisch zieken (N=4186).
- Figuur 5 : SSA oplossing voor funktiestoornissen ; psychisch gestoorden (N=2757).
- Figuur 6 : Bewonerskenmerken en hun bijdrage tot verduidelijking van de ADL-skore voor de bewoners op een somatische afdeling en niet-psychisch gestoord zijn.
- Figuur 7 : ADL-skore van bewoners op een afdeling voor psychisch gestoorden , die naar het oordeel van de arts ook psychisch gestoord zijn.
- Figuur 8 : SSA van de BOP voor somatisch zieken ; wng1 1974 (N=526).
- Figuur 9 : SSA van de BOP voor psychisch gestoorden ; wng1 1974 (N=621).
- Figuur 10 : Schaal 1 van de BOP ; waarneming 1 x waarneming 2. Algemeen Verpleeghuis Enschede (N=104).
- Figuur 11 : Q-factoranalyse overall-sample (N=65).
- Figuur 12 : SSA overall-sample 1 (N=65).
- Figuur 13 : SSA ; Heremaler HOF (N=87) sample 1 (N=65).
- Figuur 14 : SSA ; Algemeen Verpleeghuis Enschede sample 1 (N=65).

Bijlage K ; Overzicht van Schema's.

Schema 1 : Voorbeeld van een dummy afbeeldingsruimte.

Schema 2 : Interpretatie van de kwadranten van figuur 8.

Schema 3 : Interpretatie van de kwadranten van figuur 9.

Schema 4 : Dummy voor de interpretatie van figuur 12

Schema 5 : Overzicht van de 78 items op grond waarvan q-analyse is uitgevoerd.

Schema 6 : Bewoners in kwadrant I en III en hun stoornissen (figuur 12).

Schema 7 : Verschillen kwadrant I en III (figuur 12) .

Schema 8 : bewoners in kwadrant I en III en hun stoornissen (figuur 13).

Schema 9 : Overzicht verschillen kwadrant III met kwadrant I (figuur 13).

Schema 10 : Dummy afbeelding Heremaler Hof.

Schema 11 : Dummy voor de interpretatie van figuur 14.

Schema 12 : Bewoners in kwadrant I en III en hun stoornissen (figuur 14).

Schema 13 : Overzicht verschillen kwadrant I en III (figuur 14).

Schema 14 : Overzicht van 35 bewonerskenmerken.

Geraadpleegde LITERATUUR

- Adams, d.l.: Analysis of a Life Satisfaction Index. In: Journal of Gerontology, 1969, vol. 24, nr. 4, pag. 470-474.
- Advies inzake Gerontologie; Volkgezondheid, 1973.
- Andrews, F.M. et al : Multiple Classification Analysis ; A Report on a Computer Program for Multiple Regression using categorical predictors . Inst. for Social Research , Ann Arbor, Michigan , second Edition , 1973.
- Andrews, F.M. & Messenger, R.C. : Multivariate Nominal Scale Analysis ; A Report on a new Analysis Technique and a Computer Program. Inst. for Social Research , Ann Arbor , Michigan, 1973.
- Bailey, K.D. : Interpreting Smallest Space Analysis, Sociological Methods & Research , vol. 3 , no. 1 , 1974.
- Baker, A.A.: Hospital Care for the Elderly, Age Concern, 1974.
- Baltes, P.B. : Longitudinal and cross-sectional sequences in the study of age and generation effects. Human Development, 11, 1968, 145-171.
- Baltes, P.B. & Nesselroade, J.R.: The developmental Analysis of individual differences on Multiple Measures, West Virginia 1971.
- Barfield, R.E. : The Automobile Worker and Retirement ; A Second Look . Inst. for Social Research , Ann Arbor , Michigan , 1970.
- Beek, H.H.: Waanzin in de Middeleeuwen, De Toorts, 2de druk, 1974.
- Berg, R.L., Browning, F.E., Hill, H.J., Wenkert, W.: Assessing the Health Care Needs of the Aged, Health Services Research, Spring 1970, 35-59.
- Bezoek in Verpleegtehuizen. Gerontologisch Centrum, 1970 Nijmegen.
- Bot, B.W.: De invloed van de omgeving op het gedrag van de verpleeghuispatient. Nijmegen, 1967, Doktoraalscriptie.
- Brown, S.R. Bibliography on Q-technique and its methodology: Perceptual & Motor Skills, 1968, 26 (2), p. 587-613.
- Cahn, L.A.: De psychisch gestoorde bejaarden en het psychiatrisch ziekenhuis. In: Ned. tijdschr. voor Psychiatrie, 1969, dec., 40 1-412.
- Cahn, L.A.: De psychiater en het verpleegtehuis voor psychisch gestoorde bejaarden. Nederlands Tijdschrift voor gerontologie, 2, 1971, 1.
- Carstairs, V. & Morisson, M.: The Elderly in Residential Care, Scottish Health Service Studies, no. 19, 1971.
- Centraal Bureau voor het Katholieke Ziekenhuiswezen : Verslagen van de V.K.Z. , K.V.I. en de K.V.V. , 's- Gravenhage 1963, 1964, 1965, en 1966.
- Centrale Raad voor de volksgezondheid: Advies Verpleeghuizen, 1966.

- Cohen, J. A coefficient of Agreement for nominal scales; Ed. and Psychol. Meas., vol. XX, no. 1, 1960.
- Cohen, J. R_C, a profile similarity coefficient invariant over variable reflection, Psychol. Bulletin, 1969, vol. 71, no. 4, 281-284.
- Cohen, J. Weighted Chi Square: an extension of the Kappa Method, Ed. and Psychol. Meas., 1972, 32, 61-74.
- Cooley, W. W. & Lohnes, P. R.: Multivariate Data Analysis; Wiley, New-York, 1971.
- Cramer, E. M. : Review of Multivariate Model Building, The Validation of a Search Strategy, by Sonquist, J. A., 1971, Psychometrika, 440-442.
- Davis, J. W., Gibbin, M. J.: An areawide examination of nursing home use, misuse and nonuse. In: American Journal of Public Health, vol 61, no. 6, 1971, 1146-1155.
- Dequeker, J.: Medische Revalidatie, Acco, Leuven, , 1974.
- Diekstra, R. F. W. : Crisis en Grdargskeuze ; Een Theoretische en Empirische Bijdrage tot het Zelfmoordprobleem, Proefschrift, Nijmegen, 1973.
- Erickson, R. C. : Outcome studies in Mental Hospitals. Psychological Bulletin, no 4, vol 82, 1975, 519-540.
- Federatie van Verpleeginrichtingen voor Langdurig zieken : Het verpleegtehuis, zijn taak en begrenzing. Middelburg, 1961.
- Felling, A. J. A.: Toepassing van de Scalogram-Analyse als metingstechniek van latente variabelen, Soc. Inst., Nijmegen, 3de druk, 1971.
- Fennis, H. W. J. H.: Behoeftte aan institutionele voorzieningen bij bejaarden. Leiden, N. I. P. G., 1966. (Langdurig zieken en hun behoeften, dl. 3).
- Fennis, H. W. J. H.: Behoeftte aan institutionele voorzieningen. Ziekenhuiswezen, no 41, 1968, 232.
- Fennis, H. W. J. M.: Medische Demografie van bejaarden; bevolking, sterfte ziekte en invaliditeit, Proefschrift, Leiden 1973.
- Fleiss, J. L. & Cohen, J.: The equivalence of wheighted kappa and the intraclass correlation coefficient as measurement of reliability, Ed. and Psychol. Meas., 1973, 33, 613-619.
- Foa, U. G.: New developments in facet design and analysis. In: Psychological Review, 1965, no. 4, 262-274.
- Galtung, J.: Theory and methods of social research. G. Allen & Unwin, Londen 1970
- Gnanadesikan, R., Wilk, M. B.: Data analytic methods in multivariate statistical analysis. Kishanaih (ed.), Wright University, Ohio, 1968.
- Guttman, R., Lieblich, I., Naftali, G.: Variation in activity scores and sequences in two inbred mouse strains, their hybrids and backcrosses. In: Animal behaviour, 1969.

Middelburg, Federatie van verpleeginrichtingen, 1970.

- Haar, H.W. ter : Geestelijk gestoorde bejaarden. In: Huisarts en Wetenschap, 1970, 13, 327-333.
- Hawks, R.K.: The multivariate analysis of ordinal measures.
In: Journal of American Sociology, 1971, 76(5), 908-926.
- Hefferin, E.A.: Rehabilitation in nursing-home situations: a survey of literature
In: Journal of American Gerontological Society, 1968, 16(3), 296-313.
- Hellemond, van, G. : Dementie een ouderwetse diagnose. Nederlands tijdschrift voor Gerontologie, 3, 1972, 3a.
- Heuvel, W.J.A. van den : Aanpassing in verpleegtehuizen. Proefschrift, Nijmegen, 1973.
- Holley, J.W., & Guilford, J.P.: A Note on the G-index of Agreement. Ed. and Psychol. Meas., 1964, 24, 749-753.
- Holley, J.W.: A reply to some Comments of Norman Cliff, Ed. and Psychol. Meas., vol XXIV, no. 2, 1964.
- Holley, J.W. & Sjöberg, L.: Some characteristics of the G index of agreement, Multiv. Beh. Res., 1968, 107-114.
- Holley, J.W. & Risberg, J.: An Analytical Technique for Obtaining Differential Diagnosis on the basis of Clinical Data, Psychol. Research Bulletin, Lund University, XI, 15, Sweden.
- Holley, J.W. & Nilsson, I.K.: On the validity of Some Clinical Measures, Psychol. Research Bulletin, Lund University, XIII:4, 1973, Sweden.
- Illich, I.: The professions as a form of imperialism. In: New Society, 13 sept. 1973, an excerpt from Tools for Conviviality, Calder & Boyars, 1973.
- Intramurale Gezondheidszorg, Rapport, 1970.
- Jong, de, B.T.G.: Jaarverslagen van de Geneeskundige Hoofdinspectie; 1968, 1969, 1970. Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Leidschendam.
- Kam, P.v.d., Mol, F., Wimmers, M.F.H.G. : Beoordelingsschaal voor Oudere Patienten, Deventer, 1971.
- Kastenbaum, R.: Theoretical models and model theoreticians in gerontology, Behavioral publications, New York, 1970.
- Katz, S., Downs, T.D., Cash, H.R., Grotz, B.G.: Progress in development of the index of A.D.L.. In: The gerontologist, spring 1970, part 1.
- Kavanagh, M.J., Mackinney, A.C., Wolins, L.: Issues in managerial performance: multitrait-multimethod analyses of ratings. In: Psychological Bulletin 1971, vol. 75, no. 1, 34-49.
- Kerckhoffs, H.M.L.: Het A.D.L. tehuis. In: Het Ziekenhuis, 9, 1972, 526-528.

- Kiesler, C.A., Collins, B. E., Miller, N.: Attitude change. Willy & sons, New York, 1969.
- Knipscheer, C. P. W. : Leeftijd als sociologisch gegeven. In: Sociale Wetenschappen, 1971, 14(1), 20-45.
- Koster, J. Th. : Ontwikkeling van het verpleeghuiswezen. Ons Ziekenhuis 30 (1968) no 5. 208-215; no 6, 239-249.
- Laumann, E. O., Pappi, F. U. : New Directions in the study of Community. American Sociological Review, vol. 38, 212-230, 1973.
- Leering, C. : Gestoord menselijk functioneren, gerontologie en geriatrie, Proefschrift, Dekker & van de Vecht, Nijmegen, 1968.
- Leering, C.; Munnichs, J. M. A. : Zweden : Onze toekomstige Ouderdom ? Verslag van een studiereis in 1970. Regina Pacis, Arnhem en G.I.T.P. Nijmegen.
- Leering, C., Beekman, H., Hageman-Nibbeling, W. : Methodische A.D.L. scoringen en hun betekenis. In: Medisch Contact, 1974.
- Leven en laten leven, (Het leefklimaat in het Verpleegtehuis, 1972) , Rapport.
- Lienert, G. A., Kerekjarto, M. von : Moglichkeiten der ex-post-klassifizierung depressiver Symptome und Patienten mittels faktoren- und konfigurations analyse. Munchen, Urban & Schwarzenberg, 1969, 219-256.
- Lienert, G. A. : Note on Tests concerning the G-index of agreement, Ed. and Psychol. Meas., 1972
- Linn, B. S., Linn, M. W., Gurel, L. : Cumulative illness rating scale, American geriatric Society, vol. 16, no. 5. 1968.
- Linn, M. W. : A rapid disability rating scale. In: Journal of the American Geriatric Society 15, 1967, 211-216.
- Linn, M. W. : Predicting quality of patient care in nursing homes. In: The Gerontologist, juni 1974, 225-228.
- Luteijn, F., Niemeyer, J., Sipsma, D. H., Haar, H. W. ter : Een schatting van het aantal geestelijk gestoorde bejaarden in de bejaardenoorden in Friesland. In: Nederlands Tijdschrift voor Gerontologie, 1, 1970, 7-16.
- Luteijn, F., Niemeyer, J., Sipsma, D. H., Haar, H. W. ter : Een differentiatie van bejaarden naar de mate van geestelijke gestoordheid. In: Nederlands Tijdschrift voor Gerontologie, 3, 1972, 314-326
- Mast, de F. A. C., Remmerswaal, P. W. M., Munnichs, J. M. A. : Atlas van de ouder wordende Nederlandse bevolking. Van Loghum Slaterus, Deventer, 1972.
- McKennel, A. : Attitude measurement: use of coefficient alpha with cluster
Meer, B., Krag, C. L. : Correlates of disability in a population of hospitalized geriatric patients. In: Journal of Gerontology, 19, 1964, 440-446.
- Merkus, J. W. F. M. : Verpleeghuispatienten. Proefschrift, Nijmegen, 1974.
- Miesen, B. : Poliklinische somato-psycho sociale screening van gedragsstoornissen

Gerontologie, 3, 1974, 153-158.

Morgan, J.N., Sonquist, J.A.: Problems in the analysis of survey data, and a proposal. In: American Statistical Association Journal, juni 1963.

Morgan, J.N. & Messenger, R.C.: THAID ; a sequential analysis program for the analysis of nominal scale dependent variables . Inst. for Social Research , Ann Arbor , Michigan , 1973.

Multivariate Analyse ; Universitaire Pers , Rotterdam , 1972.

Munnichs, J.M.A. (rap.) : Verzorgingsbehoefte van bejaarden in bejaardentehuizen , 1963. Katholieke Vereniging van Bejaardentehuizen , Den Haag , 1964.

Munnichs, J.M.A.: Ouderdom en eindigheid, Assen, Van Gorcum & comp., 1964.

Munnichs, J.M.A. (rap.) : De bejaarde patienten in de psychiatrische ziekenhuizen. Katholieke Vereniging van Bejaardentehuizen , Den Haag , 1967.

Munnichs, J.M.A. (rap.): Het Verpleegtehuis in Ontwikkeling. G.I.T.P. , Nijmegen , 1967.

Munnichs, J.M.A.; Leering, C. : Brits bejaardenwerk. Monografie no.2 bijlage bij Ons Ziekenhuis, november 1967, 29e jrg. no II.

Napier, D.: in ; Multidimensional Scaling , Seminar Press , New York , 1972. (Ed.) Shephard, R.N. et al. Nonmetric Multidimensional Techniques for Summated Ratings. 158 - 180 , vol 1.

Nunnally, J.C.: Psychometric Theory. McGraw-Hill, New York, 1967.

Oostvogel, F.J.G.: De taakverdeling en de samenwerking tussen het verzorgingstehuis en het verpleegtehuis. Ons Ziekenhuis , 26 , 1964 , no 5 , 168-172.

Oostvogel, F.J.G.: Het verpleegtehuis als onderdeel van de institutionele gezondheidszorg. Ziekenhuiswezen , 40 , 1967 , no 1 , 16-24.

Oostvogel, F.J.G.: in ; Cahiers Biowetenschappen en Maatschappij. Van Loghum Slaterus , Deventer , 1974.

Osiris-manual, Institute for social research, computer services facility, University of Michigan, Ann Arbor, Michigan, jan. 1970 (2d version).

Palmore, E. : Why do People retire ? Aging and Human Development , vol.2 , 1971 , 269-283.

Peeters, T.H.: De bejaarde verpleeghuispatient, doktoraalskriptie, Nijmegen, 1974

Phaff, J.M.J.: Verpleegtehuis Bertilla , bestaat 25 jaar. Ons Ziekenhuis februari 1969, jrg 31 no 2.

Piebenga, P.J.: Nota inzake de verpleging van psychisch gestoorde bejaarden en de behoefte aan bedden daarvoor. Den Haag , 1962.

presented on 'Criteria of Independence in Old Age', Grenoble, 25-29 sept. 1974.

Praag, prof. van : Vraag-aanbod-relaties in de gezondheidszorg. Leiden, 1974.

Prov. Raad voor de Volksgezondheid, Overijssel: Het Verpleegtehuis voor voor langdurig zieken, Zwolle, 1964.

Prov. Raad voor de Volksgezondheid, Gelderland: Verpleegtehuizen in Gelderland, 2de druk, Arnhem, 1970

Querido, A.: Godshuizen en gasthuizen: een geschiedenis van de ziekenverpleging in West Europa. De Tijdstroom, 3de druk, 1974.

Querido, A.: Het samenspel tussen ziekenhuis, reaktiveringskliniek en verpleegtehuis In: Ziekenhuiswezen, 38, 1965, no. 7, 255-265.

Rattenbury, J. & Ech, N. van : OSIRIS ; Architecture and Design . Inst. for Social Research , Ann Arbor , Michigan , 1973.

Reeken, A.J. van : Een aansluiting tussen de Gamma , de Chi-kwadraat en de Contrastgroepen-methode . Sociale wetenschappen , 7, 1964 , nr. 2 , 135-143.

Remmerswaal, P.W.M.: Twaalf en een half jaar 'Nieuw-Toutenburg'. In: Nederlands Tijdschrift voor Gerontologie, 3, 1972, 1, 16-27.

Roskam, E.E.Ch.I.: Metric Analysis of Ordinal Data in Psychology. VAM-Voorschoten , 1968.

Roskam, E.E.Ch.I. en Borgers, H. ; ROTA01 : toetsende en exploratieve rotatie van factorpatronen. Programma-Bulletin , nr 14, Psylab, Nijmegen, 1969.

Roskam, E.E.Ch.I., Lingoes, J.C. : A Fortran IV (G) program for the smallest space analysis of square symmetric matrices. Behavioral Science , no 15 ; 204-205 , 1970.

Roskam, E.E.Ch.I.: Datatheorie en metrische analyse I en II , Nederlands tijdschrift voor de psychologie , 25, 15-55 en 66-82 , 1970a en 1970b.

Santema, S.(red.): Intramurale gezondheidszorg. Sociale en Culturele Reeks, Alphen aan de Rijn, 1970.

Schaie, K.W.: A reinterpretation of age related changes in cognitive structure and functioning. in: Goulet, L.R. & Baltes, P.B., 1970, o.c. 486-506

Schouten, W.A.: Ontwikkeling en toekomst van de verpleegtehuizen. Ons Ziekenhuis, juli 1967, jrg. 29, no 7.

Segers, J.H.G. & Stouthard, P.H.C. : Analyse door middel van opeenvolgende Contrasterende Groepen . Sociale Wetenschappen , 6 , 1963 , nr. 3, 221-241.

Segers, J.H.G. : De Contrastgroepen-methode . Sociale Wetenschappen , 7 , 1964, nr. 3 , 194-225.

Schreuder, J.Th.R.: De Verpleging van Chronisch Zieke Bejaarden, Bllauwe Reeks, no

- Schreuder, J.Th.R. : Invaliditeit en reactivering. in ; van Zonneveld, R.J. (ed.): Geriatrie, aspecten van de gezondheidszorg voor bejaarden. Van Gorcum, Assen, 1961.
- Schreuder, J.Th.R. : Oorzaken en gevolgen van de Veroudering, Oratie, 1969, Utrecht.
- Schreuder, J.Th.R. : Het gesloten circuit. Protestantse Gezondheidszorg, 26, 1972, no.3.
- Schlesinger, I.M., Guttman, L. : Smallest Space Analysis and Achievement Tests. Psych. Bull. 71. ; 95-100.
- Shephard, Romney, Merlove : Multidimensional Scaling, London, 1972.
- Sipsma, D.H. : Sociaal-geroatrische zorg en de geestelijk gestoorde bejaarde. Nederlands tijdschrift voor Gerontologie, 1, 1970, 1.
- Smulders, A. : De gemeente en de Gezondheidszorg; verleden heden en toekomst. In: Medisch Contact, 29, no.38, 1974.
- Speyer, N. : Het probleem van de psychiatrische patienten in het verpleegtehuis voor chronisch zieken. In: Ons Ziekenhuis, 30.1968, no.1, 25-30
- Sonquist, J.A. : Multivariate Model Building. Inst. for Social Research, Ann Arbor, Michigan, 1970.
- Statistical Package for the social Sciences (SPSS), URC, Nijmegen.
- Stuit, H.W. : De plaats van het verpleegtehuis in de Nederlandse Gezondheidszorg; skriptie cursus ziekenhuisbeleid, 1965-1966.
- Swanborn, P.G., : Variabelen en hun meting, Boom Meppel, 1973.
- Taylor, H.G., Bloom, L.M. : Cross-validation and methodological Extension of the Stockton Geriatric Rating Scale. Journal of Gerontology, 29, 1974, no.2, 190-193.
- Thomae, H., Lehr, U. : Altern, Probleme und Tatsachen. Akademische Verlagsgesellschaft, Frankfurt A.M., 1968.
- Volksgezondheidsnota, 1966. Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid.
- Voorzieningen voor geestelijk gestoorde bejaarden, Nationale ziekenhuisraad, Utrecht, 1-10-1972.
- Wegman, C. : Q-factoranalyse en de toepassing daarvan bij onderzoek van de werksatisfactie.
- Welten, J.B.V. : Milieuveranderingen van verpleegtehuispatienten. Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde 47 (1969), 766.
- Wiendieck, G. : Entwicklung einer Skalazur Messung der Lebenszufriedenheit im höheren Lebensalter. In: Zeitschrift für Gerontologie, 1970, 215-224.
- Willemse, P.M.A. : Het verpleegtehuis is ook een inrichting voor verpleegkundige behandeling. Scriptie cursus ziekenhuisbeleid 1968/1969. Volksgezondheid 22 (1970) no 3. 105-115.

verpleegtehuizen per 31-12-1970, Nationale Ziekenhuisraad, Utrecht, Deelrapport 1, G.I.T.P., mei 1972.

Wimmers, M.P.H.G. (rap.) : Verpleegtehuizen in Nederland, een onderzoek bij 17344 patienten per 31-12-1970. Nationale Ziekenhuisraad , Utrecht , deelrapport II , 1974.

Wimmers, M.P.H.G. (rap.) : Rapport Onderzoek verpleeghuizen 1970. in: verslagen , Adviezen , Rapporten , no 8 , 1974 Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiene , Staatsuitgeverij , 's - Gravenhage , 1975.

Wimmers, M.P.H.G. : Patientenonderzoek in het Verpleeghuis Sajat en Osdorp. G.I.T.P. , Nijmegen , 1974.

Woerden, R.K. van : Enkele beschouwingen en bevindingen omtrent de behoeften en belevingswereld van chronisch zieken verblijvend in een verpleegtehuis. Doktoraalskriptie, Nijmegen, 1971.

Zomer, M.J. : De rol van aktivering bij geïnstitutionaliseerde bejaarden (bezigheidstherapie en de oudere verpleegtehuispatient).

Zonneveld, R.J. van : Gezondheidsproblemen bij bejaarden . Proefschrift. Van Gorcum , Assen 1954.

Zonneveld, R.j. van : The Health of the Aged. Van Gorcum , Assen , 1961.

Zonneveld, R.J. van (Ed.) : Medische Gerontologie , v. Gorcum Assen 1970.

Curriculum Vitae

Michel Wimmers is geboren op 6 januari 1941. HBSb aan het Bisschoppelijk College te Sittard 1961. Studeerde van 1963 tot begin 1965 wis- en Natuurkunde en vervolgens Psychologie aan de Katholieke Universiteit te Nijmegen. In oktober 1969 slaagde hij voor het doctoraalexamen, hoofdrichting klinische psychologie. Vanaf oktober 1969 half-time medewerker op de afdeling Ontwikkelingspsychologie speciaal ten dienste van de psychogerontologie en half-time op de afdeling sociale gerontologie van het GITP. Sedert september 1975 full-time werkzaam op genoemde afdeling van de universiteit.

Volgde de postdoctorale opleiding tot Rogeriaans Therapeut en was in leertherapie bij Drs. Frans van der Haagen.

Is sedert 1970 lid van het Gerontologisch Centrum, de Nederlandse Vereniging van Gerontologie en de sectie Sociale Gerontologie van het NIP.

Aan de ene kant houdt hij zich speciaal bezig met methodische en analytische aspecten bij het onderzoek naar het gedrag van oudere mensen en aan de andere kant met groei-bevorderende factoren/processen bij ouderen.

STELLINGEN

I

De verpleeghuisbewoner verdient een grotere en intensievere belangstelling van de wetenschapper.

II

Dichotoom denken/handelen is inhumaan (b.v. zwart - blank; arm - rijk; gezond - ziek; gelovig - niet gelovig).

III

De bewering dat in onze cultuur de ouderdom weinig respect geniet en dat die cultuur alleen al daarom ernstig kritiek verdient, is zo gemakkelijk toe te lichten dat het bijna overbodig lijkt.

Cornelis Verhoeven: Ned. T. Geront. 4 (1973) 3a.

IV

De psycho-sociale hulpverlening voor oudere mensen komt onvoldoende van de grond. Hiervoor moeten maatregelen genomen worden, zowel beleidsmatige wetenschappelijke als praktische.

V

De geheimzinnige (nederlandse) trend om instituties steeds groter te maken bevordert het leefklimaat voor de individuele bewoner in het geheel niet.

VI

In Nederland kennen wij sedert een tiental jaren de onverdraaglijke situatie dat wij de oudere mensen zoveel kadeau (financieel) hebben gegeven dat ze voor hun verdere leven niets meer mogen vragen.

VII

Time Sharing Option (TSO) is meer dan een surrogaat voor sekretariele hulp

TSO is een methode waarbij meerdere personen tegelijkertijd interactief via zgn. terminals gebruik maken van de computer.

VIII

Gezondheidszorg begint bij jezelf.

IX

Multidisciplinaire wetenschapsbeoefening staat of valt met de kwaliteit van de interrelatie bij de vertegenwoordigers van die disciplines.

X

De boeiende, interessante, complexe samenleving is een afspiegeling van het individu.

XI

Gerontologie is een "jonge" wetenschap: dat is vreemd.

Nijmegen, 30 januari 1976

M.F.H.G. Wimmers

